ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромислов. Корпус „Б", 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка". Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 1-2 | 20 січня 1930 року | № 1-2

Центр. Наукова Бібліотека ім. Короленка Харків

33923

Виправлення друкарських помилок.

1. У бюлетені № 34 — 36 (1929 року) на сторінці 6, лівий стовбець, перший рядок знизу надруковано: портійного, а треба: постійного.

2. У бюлетені № 31 — 33 (1929 р.) на 4 сторінці 8 рядок зверху надруковано, що відрядженим лікарям видають підйомні розміром місячної платні, а треба: розміром півмісячної платні.

ЗМІСТ.

I. Розпорядження НКЗдоров'я. А. Організаційна частина. 1. Про звітні доповіді ОЗІ та РЗІ на периферії. 2. Про звітні доповіді наукових інститутів у промислових підприємствах. 3. Про ретельний підбір на посади завгоспів. 4. Про виділення автотранспорту для надавання швидкої допомоги. 5. Про складання звіту про рух інфекц. хвороб за 1929 рік. Б. Лікувально-профілактична частина. 6. У справі реорганізації метод роботи до скерування уваги на обслуговування промислового пролетаріяту. 7. Про додержування клясової лінії підчас надання спец. видів меддопомоги. 8. Про переваги селянам-незаможникам і наймитам підчас відрядження їх на спец. лікування. 9. Додаткове пояснення щодо обслуговування студентства. 10. Про попереднє медосвідування осіб призовного віку. 11. Про патронаж психічних хворих. В. Санітарно-епідемічна частина. 12. Про боротьбу з висипним тифом. 13. Про посилений догляд сан. стану їдалень. 14. Про притягнення госпорганів за невиконання санітарних вимог в харчовій промисловості. 15. Про участь окрздоровінспектур в справі збільшення площі зелених садінь. 16. Санітарні правила щодо улаштування й догляду питтьових колодязів загального користування. 17. Про зону санітарної охорони джерел центрального водопостачання міст, робітничих селищ та інших залюднених місць. 18. Інструкція сан. лікареві зони санітарної охорони джерел центрального водопостачання. 19. Про відбивання сан. гігієничних вимог у проектах промислового будівництва. 20. Про продовження дозволу на вживання старих корок у броварній промисловості.

II, Із діяльности НКОЗ та його відділів. 1. Плян ліквідації епідемії черевного тифу та боротьби із шкарлятиною. 2. Плян боротьби з паразитарними тифами. 3. Про підготовку кадрів у харчовій галузі. 4 Підготовка робітників для малярійних станцій. 5. Про скликання Всеукр. саніт рної ради. 6. Про діяльвість санепіду Київської ОЗІ.

III. Об'яви. IV. а) Інфекційні захорування по округах УСРР у листопаді 1929 р., б) інфекційні захорування по окрмістах у листопаді 1929 р.

I. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я.

1. Про звітні доповіді ОЗІ та РЗІ по селах.

До всіх окроздоровінспектур, Ст. Інспекторів - ОЗ Вінницької й Зінов'ївськ. окрМСУ південних, донецьких і півд. зах. залізниць, до МСУ Дніпрельстану. Копія до НКОЗ АМСРР

Теперішня настирлива потреба переутворити зв'язок із периферією особливо в промисловості та в сільських місцевостях висуває перед нами питання зробити цей зв'язок не урочистим, присвяченим якому небудь святу або роковинам, а таким, що дає периферії доказ та уяву роботи центрального органу.

Теперішні завдання доводять, що найкращих наслідків можна сподіватися від частішого відвідування робітниками окружного апарату села, райцентрів і промислових підприємств.

Про те, що такий спосіб зв'язку та інструктування периферії побільшує також освідомленність центру щодо стану роботи на місцях згадувати не треба.

Отже НКОЗ пропонує в дальшій роботі взяти до керування таке:

а) Час від часу колегії (Інспектори) ОЗІ повинні виїжджати на периферію, звичайно, насамперед у робітничі райони, де провадять свої засідання, інструктивні, звітні та інформаційні доповіді;

б) Думки й побажання місцевих трудящих, їхні вимоги та скарги треба ретельно записувати, реагувати на що можливо, тут саме на місці, решту обслідувати з усіх боків, прагнучи як найбільше задовольнити заявників (звичайно, їхні законні та підставні заяви та вимоги.)

Доповіді треба робити на пленумах ОПК, ОВК, ОРПС, зборах добровільних товариств тощо.

в) Третім засобом зміцнення роботи є періодичне відрядження окремих інспекторів у райони на місцеві лікарські конференції для виступів із лекціями, доповідями та інш.

г) НКОЗ надзвичайно важливо бути в курсі цієї справи, як її виконують на місцях.

Тому пропонуємо про всі такі заходи обслуговування пленумів, нарад тощо повідомляти НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я УСРР *Нагорний*

Інформ. референт *Залкінд*

(Об. розп. НКОЗУ № 18-і з 26 грудня 1929 р.)

2. Про звітні доповіді наукових інститутів у промислових підприємствах.

До всіх наукових інститутів НКОЗУ

Перед НКОЗ, всіма органами здоровохорони поставлено тепер силу найважливіших завдань скерувати роботу напрямком наближення темпу й змісту здоровохорони до вимог реконструктивного періоду та самого виробництва.

НКОЗ висвітлив докладно найближчі завдання здоровохорони та потрібний напрямок роботи в останьому інформаційно-директивному листі (див. бюлетень НКОЗ 1929 року № 34-36).

Тепер НКОЗ ставить перед керівниками й робітниками всіх інститутів питання про найбільшу популяризацію їхньої роботи серед трудя-

щих мас. насамперед серед робітників заводів і фабрик та працівних мас селянства. Річ, проте, іде не тільки про складення звичайного звігу без будь яких наслідків.

НКОЗ вважає, що поруч популяризації всієї роботи інститутам треба збирати на місцях вимоги, побажання робітників і селян, ставлячи потім ці питання в пляни своєї роботи, повідомляючи відповідні органи тощо.

Такий облік пожвавить роботу інститутів, наблизить їхню роботу до справжніх вимог життя й, нарешті, притягне до інститутів увагу й прихильність трудящих. НКОЗ відомі добрі наслідки перших спроб, що зробили деякі інститути, як Венерологічний в Харкові, інститут Охматдиту тощо.

Цієї методи треба обов'язково додержуватися й надалі. Пропонуємо звітні матеріяли про виступи та подорожі інституту подавати до НКОЗУ.

Заст. Наркомздоров'я УСРР *Нагорний*

Заст. зав. заг. відділу *Station Станіславський*

(Об. розп. НКОЗ № 48-і з 3 січня 1930 р.)

3. Про ретельний підбір на посади завгоспів

До всіх окрздоровінспектур, МСУ та інститутів НКОЗ. Копія до НКОЗ АМСРР

Надаючи велике значіння правильному підбору завгоспів по всіх установах охорони здоров'я, позаяк від них залежить в значній мірі господарчий стан установи і доцільність використання коштів, Наркомздоров'я УСРР пропонує Вам уважніше віднестись до справи підбору цих робітників, при чому, зі свого боку рекомендує попередньо зараховувати таких робітників на стаж, щоб виявляти їхню здатність для цієї роботи.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович*

Заст. зав. заг. відд. *Станіславський*

(Об розп. НКОЗУ № 61-б з 16 листопада 1929 р.)

4. В справі виділення автотранспорту для швидкої й невідкладної допомоги.

До всіх окрвиконкомів. Копія до всіх окрздоровінспектур.

В теперішній час гостро стоїть питання про забезпечення автомобільним транспортом окрздоровінспектур для надання швидкої й невідкладної допомоги населенню міст і промислових районів.

Невистачання контингентів Наркомторгу різко скорочує можливість випускати з-за кордону санітарні автомобілі, а тому виникає вимога пристосувати транспорт, що надходить, до санітарних потреб.

Деяку кількість автомашин із тих, їх одержав Наркомторг, удалось НКОЗдоров'ю одержати й розподілити поміж основних промислових районів і великих міських центрів.

Але ця кількість надто невелика й не задовольняє навіть незначної частини потреби, що відчувається в санітарному автотранспорті, а тому НКОЗдоров'я УСРР пильно просить вас із автотранспорту, що ви його одержуєте, виділити для потреб вашої округової інспектури охорони здоров'я потрібну кількість автомобілів для надання швидкої й невід-

кладної медичної допомоги як населенню міста, так і колективізованому населенню села, яке міститься недалеко від міста.

Про вирішення цієї справи НКОЗдоров'я УСРР просить його повідомити.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*

Заст. зав. лік. проф. відділу *Кушнір*

(Об. разп. НКОЗУ № 42-л. п. з 2 грудня 1929 р.)

5. Про складання звіту щодо руху інфекційних хвороб за 1929 рік.

До всіх окрздоровінспектур,

До Вінницького й Зінов'ївського окрстатбюрів. Копія до НКОЗ АМСРР.

З приводу закінчення 1929 року, окрздоровінспектури (ОСБ) повинні скласти звіти про рух інфекційних захворувань за 1929 календарний рік (січень—грудень 1929 р. включно).

Звіт треба скласти на підставі місячних звітів (ф. Б), що їх протягом року ОЗІ (ОСБ) подавали до НКОЗ.

Оскільки часто-густо місячні звіти ОЗІ подавали не по всіх установах, треба до річного звіту включити й ці неподані в свій час відомості;

Звіт треба скласти на блянку ф. А., змінювати цей блянк ні в якому разі не слід.

Звіт потрібно скласти по місцях (по всій окрузі разом). І тільки після загального підсумку по всій окрузі треба окремим рядком зазначити, яка кількість захорувань з тієї суми припадає на округове місто.

Нагадуємо, що в рядку „окрмісто" зазначати тільки мешканців окрмістэ. Хворих, що мешкають поза округовим містом, але що звернулися по лікдопомогу до лікустанов окрміста не зазначати в рядку „Окрмісто", оскільки хворих треба розподіляти за місцем не перебування установи, а мешкання хворих.

До надсилання звіту треба уважно перевірити його так аритметично, як і логічно, звернувши увагу на всі виправлення, що їх ОЗІ зробила протягом року.

Звіт повинні перевірити й підписати також і окрсанінспектори.

Звіт треба подати до бюра медсанстату НКОЗ до 15 лютого 1930 року.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний.*

За зав. бюра мед. санстату НКОЗ *Лідський.*

(Об. розп. НКОЗУ № 45|4а з 5 січня 1930 р.).

6. В справі реорганізації метод роботи до скерування уваги на обслуговування промислового пролетаріяту

До всіх окрздоровінспектур та МСУ. Копия до НКОЗ АМСРР.

Соціялістична реконструкція народнього господарства, вимога виконати намічені темпи будівництва становить перед органами охорони здоров'я завдання дійти оздоровлення насамперед безпосередніх будівників соціялізму — промислових робітників.

Це завдання викликає потребу радикальної реорганізації справи охорони здоров'я відповідно до умов соціялістичної перебудови й до потреби

чіткішого й виразнішого виявлення на практиці клясового характеру радянської медицини. Виходячи з вищезазначеного, Наркомздоров'я пропонує до негайного запровадження в життя таких заходів:

1. У містах і промислових районах за основне завдання в радянській Охорони Здоров'я має бути скерування всіх сил і коштів, що є в розпорядженні органів охорони здоров'я, найголовніше на обслуговування промислового пролотаріяту й на оздоровлення його праці й побуту.

Беручи на увагу потребу рішучого переводу на диспансерні методи роботи мережі лік. проф. установ, що обслуговують промисловий пролетаріят, Наркомздоров'я УСРР пропонує приступити до плянової диспансеризації такого й накреслити конкретний плян роботи на 1929-30 рік, виділивши насамперед шкідливі виробництва та шкідливі професії в середині виробництва й розпочавши конкретну роботу з диспансеризації дитинства в робітничих районах.

Окрздоровінспектурі в цьому році виділити потрібні для цієї справи кошти зі свого кошторису.

Після цього приступити до розроблення цього питання на найближчі роки з тим, щоб з початку бюджетового року, складаючи кошториси заздалегідь передбачити потрібні для цієї надто важливої основної роботи кошти з кошторису місцевого бюджету.

Всі медично-санітарні установи повинні провадити диференційоване обслуговування застрахованих, надаючи права переважного прийому промисловому пролетаріятові.

2. Усю міську мережу й мережу промислових районів треба реорганізувати так, щоб кращі за кваліфікацією сили лікарського персоналу було зосереджено в установах, що обслуговують промисловий пролетаріят.

3. Треба переглянути кількість медперсоналу лікувально-профілактичних установ міста, щоб поповнити установи, які обслуговують промисловий пролетаріят, до цілковитого задоволення потреби таких у медперсоналі.

Також треба переглянути всі кошториси установ, щоб максимально задовольнити фінансові потреби установ, що обслуговують промисловий пролетаріят.

4. Треба виділити визначену кількість найкваліфікованіших лікувально-профілактичних установ для обслуговування лише промислового пролетаріяту.

5. В установах розташованих не в робітничих районах і відкритих для користування всіх груп застрахованих промисловому пролетаріятові надається право переважного прийому.

6. Всі дефектні види спеціяльної медичної допомоги (рентгенотерапія, фізіо-терапія, протезування й т. інш.) треба надавати переважно й у першу чергу промисловому пролетаріятові й членам їхньої родини, встановивши співвідношення, наприклад, 80% для промислового пролетаряту й членів їхньої родини (основну увагу при цьому треба приділити робітникам важкої індустрії) і 20% для інших груп застрахованих.

Примітка: 1. В округах з невеликою кількістю промислового пролетаріяту зазначене в цьому пакті співвідношення окрздоровінспектури повинні відповідно змінити на підвищення відсотку обслуговування спеціяльними видами меддопомоги застрахованих взагалі, соціялістичного сектора села та бідняцько-середняцького селянства.

Примітка: 2. Сільсько-господарські робітники, наймити й члени їх родин, якщо вони звертаються до міської мережі й до мережі промислових районів, повинні користувати з допомоги нарівні з промисловим пролетаріятом.

7. Ліжкову допомогу треба надавати промисловому пролетаріяту переважно перед іншими групами застрахованих.

При цьому особливу увагу треба приділити пролетаріяту важкої індустрії.

8. Члени родини промислових робітників мають право переважного прийому по всіх лікувально-профілактичних установах перед родинами інших груп застрахованих. Особливу увагу при цьому треба приділити членам родини пролетаріяту важкої індустрії.

9. Технічний персонал заводів і сільгоспів, лікарі, агрономи й учителі села, якщо вони звертаються до міської мережі й до мережі промислових районів, прирівнюються також до робітників.

10. Щодо членів родин червоноармійців і кол. червоних партизанів, то для останніх залишаються в силі правила, які були дотепер.

На підставі вищезазначених принципів окрздоровінспектурам треба негайно розпочати реорганізацію своєї лікувально-профілактичної мережі для обслуговування промислового пролетаріяту та груп застрахованого населення, що до них прирівнюються.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

Заст. зав. лік. проф. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ № 67-лп з 10 січня 1930 р.).

7. Про додержування клясової лінії підчас надання спец. видів меддопомоги

До всіх Окрздоровінспектур.

Копія до всіх лікарських бюрів

Завдання реконструктивного періоду та надзвичайний брак ресурсів на спеціяльні види медичної допомоги, що їх надають крайові лікувальні бюра за рахунок республіканського фонду меддопомоги, диктує потребу суто-клясового підходу в питаннях розподілу таких, а тому НКЗдоров'я УСРР пропонує відряджуючи хворих за путьовками, які надається вам через лікбюра, суворо керуватися такими принципами:

а) не менш 80% всіх путьовок надавати робітникам од варстату, наймитам і сільгоспробітникам, а також членам їхньої родини;

б) переважне право при відрядженні надається індустріяльним робітникам перед іншимх групами робітників, і робітникам — перед членами родини,

в) інші групи застрахованих надсилати лише в випадках, що вимагають екстреної допомоги для стаціонарного й амбуляторного лікування,

г) на лікувальні бюра покладається відповідальність перевірки дійсного виконання цього обіжника, а тому якщо виявляються випадки відрядження не робітників од варстату та для неекстреної допомоги, лікбюра мають повертати таких назад до округи,

д) всі лікбюра повинні провадити облік своєї роботи в клясовому розрізі по окремих округах.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Заст. зав. лік. проф. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ № 59-лп з 31 грудня 1929 р.).

8. Про надання переваги селянам незаможникам і наймитам підчас відрядження їх на спецлікування

До всіх окрздоровінспектур, ст. інспекторів охор. здоров'я Вінницької та Зиновʼївської округ

Копія до селянського розподільника

Доповнюючи уставу про селянський розподільник в м. Харкові — НКЗдоров'я УСРР додає, що посилати хворих для спецлікування до м. Харкова треба переважно селян-незаможників, особливо незаможників членів комун, артілів та батраків.

Посилаючи хворого до розподільника треба обов'язково визначати соціяльний стан хворого в документах, що їх видають на руки хворому Окрздоровінспектури.

Крім того, НКОЗ ще раз звертає увагу на те, що хворим, яких відряджується до селянського розподільника, треба видавати довідки про те, чи одержали вони кошти на поворотній проїзд від інспектури, чи їдуть за власні кошти. Селянський розподільник будь-яких коштів на поворотній проїзд цих хворих не має й давати їх не може, а тому за всі непорозуміння з цього приводу відповідатиме інспектура, що відряджує хворого.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*

Заст. зав. лік. проф. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ № 58-лп з 27 грудня 1929 р.).

9. Додаткове пояснення щодо обслуговування студентства.

До всіх окрздоровінспектур, де є ВИШ'і.

(Окремо не надсилався).

На додаток до обіжника НКОЗУ з 15-XI м. р. під № 22-ЛП в справі обслуговування студентства, Наркомздоров'я УСРР роз'яснює: п. 2 розділу „Лікувально-профілактична справа" треба розуміти так:

В зв'язку з потребою звільнення студентства від перевантаження громадськими обов'язками, щоб піднести академічні успіхи їх, студенти-медики 5 курсу притягуються до роботи по пунктах першої допомоги при студгуртожитках лише в окремих надзвичайних випадках.

Як правило, чергування в пунктах першої допомоги при гуртожитках провадить спеціяльно запрошений штатний медперсонал.

Наркомздоров'я *Канторович.*

Заст. лік. проф. відд. *Кушнір.*

(Об розп. НКОЗУ № 55-ЛП з 10 січня 1930 р).

10. Про попереднє механічне освідування осіб призовного віку.

До всіх окрздоровінспектур.

Копія до Наркомздоров'я АМСРР, до всіх окрвійськоматів.

За наказом РВР СРСР 1929 р. № 344 встановлено обов'язкове подання до призовних комісій попередніх відомостей про стан здоров'я громадян, що підлягають черговому призову до РСЧА. З цією метою заводяться особливі медичні картки для осіб призовного віку, куди лікарі громадянських лікувальних установ повинні ще до призову заносити дані про стан здоров'я цих осіб.

Медичні картки за певною формою видаватимуться на руки кожному призовникові військово-обліковими органами при зарахуванні на облік осіб призовного віку. Призовник.

що одержить медичну картку, має до призову обов'язково пройти попереднє медичне освідування в лікувальній установі по місцеві свого проживання або праці (амбуляторія. лікарня, диспансер тощо), пред'являючи при цьому для відповідного запису медичну картку. Такий захід має на меті раціоналізувати справу відбору контингентів до Червоної армії, полегшити та поглибити роботу призовних комісій і звільнити лікувальні установи від напливу багатьох, що потребують стаціонарного обслідування під час призову.

Отже Наркомздоров'я пропонує всім громадянським лікувальним установам:

1) Переводити невідмовно попереднє медичне обслідування всіх осіб, що підлягають призову, в період з моменту, коли їх узято на облік військово-обліковими органами, й до часу освідування в призовній комісії.

2) Медичне обслідування осіб призовного віку, що звертатимуться й пред'являть медичну картку, переводити можливо пильно та уважно з занотуванням у відповідних рубриках медичної картки виявлених при освідуванні даних. Посвідчена лікарем, що переводив обслідування, та печаткою лікувальної установи картка повинна вертатися на руки освідованій особі.

3) Щоб уникнути великого скупчення на освідуванні призовників уже перед самим призовом, слід завчасно урегулювати явку на попереднє освідування в лікувальні установи призовників, погодивши це питання з військово-обліковими органами на місцях.

4) При дальніших звертаннях призовників до призову в лікувальні установи за амбуляторною чи стаціонарною допомогою слід кожний раз помічати в медичній картці відміни в станові здоров'я, що можуть впливати на здатність до військової служби.

Форма медичної картки призовника при цьому додається.

Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР *Канторович.*

Начальник Військово-Санітарної Управи УВО *Суслов.*

(Об. розп. НКОЗ та ВСУ УВО № 68-ЛП з 10 січня 1930 р.).

Приложение № 1 к Инструкции, об'явленной в приказе РВС СССР 1929 г. № 344.

Медицинская карта призывника 19 г. рождения № приз. карты.

1. Фамилия, имя, отчество. 2. Область (губ.). Округ (уезд). Район (волость). Сельсовет. 3. Национальность. 4. Занятие и специальность. 5. Характеристика состояния здоровья. по материалам прежней обращаемости. 6. Физическое развитие: вес кгр. рост см. окр. гр. в покойн. сост. см.	7. Данные об'ективного медицинского исследования. а) Внутренние органы: б) Нервная система: в) Зрение: г) Слух: д) Прочие органы:

„ “ 19 . . . г. Название лечебного учреждения и подпись врача

8. Отметки о последующих изменениях состояния здоровья

Дата	Отметка врача	Название лечебного учреждения и подпись врача

Верно: Пом. Нач. 3 Отдела Управл. Делами НКВМ и РВС СССР (подпись).

С подлинным верно: Пред. Окр. Врач. Ком. *Квасницкий.*

11. Про патронаж психічних хворих.

До всіх психіятричних лікарень.

Рада Народніх Комісарів УСРР ухвалила (прот. № 46/650 13 листопада 1929 р.), що в тих випадках, коли бідняцькі й середняцькі сільські господарства беруть до себе психічних хворих на патронаж, це не повинно впливати на оподаткування їх сільсько-господарським податком, себто згаданих хворих не включають у душеву норму оподаткування.

Отже Наркомздоров'я УСРР пропонує:

1. По всіх селах, що розташовані навкруги психлікарні, розпочати широку популяризацію цієї постанови РНК.

2. Виявити ті села, що ви їх зможете використовувати для масового патронування.

3. Заінтересувати в патронуванні сільради згаданих сел, щоб установити з їхньої сторони догляд патронованих, для чого за кожного патронованого виплачувати сільраді 1 (один) карб. на місяць.

4. Плата за патронаж за кожного хворого встановлюється од 15 до 20 крб. залежно від умови, що ви її складете.

5. Умову бажано складати на визначену кількість хворих з сільрадами, передаючи останнім хворих для розподілу поміж господарств.

6. Щоб сплачувати за патронаж, НКОЗдоров'я дозволяє вам виділити суми зі свого бюджету для хворих, що не належать на сьогодняшній день до тієї або іншої округи.

7. Про хворих, що належать до округи і їх можна патронувати, НКОЗУ пропонує вам злистуватись з відповідною окрздоровінспектурою, щоб дістати від неї належні асигнування, замість чого для округи звільняється у психлікарні ліжко для гострих хворих.

Про виконання повідомте НКОЗ протягом місяця.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович.*

Заст. зав. лік.-проф відділу *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗУ № 51-ЛП з 12 грудня 1929 р.).

12. Про боротьбу з висипним тифом.

До всіх окрінспектур охорони здоров'я та МСУ.

До Медсанупру Дніпрельстану.

Копія до НКОЗ АМСРР.

Питання про боротьбу з вибухами висипного та поворотного тифів та про заходи попередження їх набуло та Україні великого значіння. Занедуженість на паразитарні тифи хоча й зменшилась порівнюючи з дореволюційним часом, але протягом останнього року помітна тенденція до збільшення захворувань на ці інфекції: так за 10 місяців 1928 р. зареєстровано 3206 випадків, за той же час 1929 р. — вже 3861, по окремих місцях — це збільшення ще яскравіше.

Цілком потрібно, не гаячи часу, зараз же розвинути широкі заходи так, щоб попередити епідемічні недуги, як і щоб ліквідувати вибухи.

Конкретно вам належить вжити таких заходів:

1) Негайно організувати термінові повідомлення про кожний випадок висипного або поворотного тифу; з цього приводу НКОЗ пропонує вам з 1 січня 1930 р. відмінити телеграфні повідомлення НКОЗ про кишкові епідемічні захворування й з того ж числа повідомляти НКОЗ кожного 1 й 15 числа телеграфом про кількість занедужень на висипний й поворотний тиф, вказуючи скільки з них шпиталізовано та місце вогнища.

2) Терміново скласти конкретного пляну в округовому маштабі, поклавши в основу пропозиції нашого пляну, провести його через Округову Надзвичайну Комісію по боротьбі з епідеміями та надіслати його до НКОЗ.

3) У всіх заходах щодо попередження та боротьби з паразитарними тифами особливу увагу треба звернути на роботу в робітничих районах, радгоспах, комунах та колгоспах.

4) Окрздоровінспектури округ, що небезпечні та загрозливі по паразитарних тифах, повинні щомісяця повідомляти Центральну Надзвичайну Комісію про рух епідемії та вжиті заходи.

5) Щоби заходи по боротьбі з паразитарними тифами мали реальні наслідки, треба підвести під них фінансову базу, для чого використати епідемічні фонди й поставити перед

президіями ОВК та РВК загрозливих районів питання про асигнування відповідних додаткових коштів на цю справу, зокрема в частині організації лазнево-пральних загонів та систематичної їх роботи.

6) Детальні інструкції в справі структури та роботи лазнево-пральних загонів, ранньої діягностики та зразок картки епідеміологічного відділу — буде надіслано.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*.

Заст. зав. санепід. відд. *Ефімов*.

(Об. розп. НКОЗУ № 30-11 з 30 грудня 1929 р.).

13. Про посилений догляд саніт. стану їдалень.

До всіх окрздоровінспектур та МСУ.

Копія до НКОЗ АМСРР

Не зважаючи на низку розпоряджень НКОЗУ про посилення сандогляду громадських їдалень, санітарний стан їх залишається дуже незадовільним, її навіть неприпустимим.

Виходячи з цього, НКОЗУ знову пропонує звернути особливу увагу на громадське харчування, суворо вимагати виконання санітарних правил, керуючись інструкцією НКОЗ „Про порядок відкриття та санітарний стан їдалень“ (Оголошено в Зб. Уз. та Розп. УСРР, 1927 р. № 30, відділ другий).

В разі незадовільного стану їдалень і неможливости усунути санітарні дефекти їх, що можуть загрожувати здоров'ю населення, НКОЗ пропонує вживати заходів щодо закриття таких їдалень.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович*.

Зав. сан. епід. відд. *Марзеєв*.

(Об. розп. НКОЗУ № 32—1 з 25 грудня 1929 р.).

14. Про притягнення госпорганів до відповідальности за невиконання санітарних вимог в харч. промисловості.

До всіх окрздоровінспектур, ст. інспекторів охорони здоров'я Зинов'ївської та Винницької округ, до МСУ.

Копія до НКОЗ АМСРР

Останнім часом збільшились випадки випуску з харчових виробництв недоброякісних та фальсифікованих продуктів.

На ринок випускається недоброякісна ковбаса, зіпсована консервована риба, не свіже м'ясо, кондитерські вироби з сурогатами, що роблять їх негідними до їжі тощо.

Отже Наркомздоров'я пропонує посилити сандогляд якости продуктів, так на виробничих, як і в торговельних підприємствах перевіряючи в лябораторії склад продуктів та їхню якість.

Окрім цього, потрібно звернути увагу на поліпшення санітарного стану харчових виробничих, торговельних підприємств, громадських їдалень, базарів тощо.

В разі випуску до продажу завідомо недоброякісних або фальсифікованих харчових продуктів, а також невиконання санітарних вимог що до утримання харчових підприємств, притягати до відповідальности винні в цьому державні, господарчі та кооперативні організації.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*.

Зав. сан. епід. відділу *Марзеєв*.

(Об. розп. НКОЗ № 32 з 5 січня 1930 р).

15. Про участь окрздоровінспектур в справі збільшення площі зелених садінь.

До всіх окрздоровінспектур, до ст. інспекторів охор. здоров'я Вінницької та Зинов'ївської округ.

Копія до НКОЗ АМСРР.

В системі практичних заходів щодо оздоровлення міст та робітничих селищ України, поруч запровадження в життя цілої низки санітарно-технічних міроприємств (водогін, каналізація, забрукування вулиць тощо), треба відвести належне місце справі збільшення по залюднених пунктах площі зелених садінь.

Нажаль, майже всі міста України та робітничі селища мають дуже обмежений зелений фонд, а по деяких залюднених пунктах спостерігається повна відсутність будь-яких зелених садінь. Так по окремих великих містах відсоток площі зелених садінь до всієї загальної площі міста становить для

Дніпропетровська	4%
Харкова	3%
Одеси	2,7%
Києва	1,97%
Миколаєва	1,2%

Якщо візьмемо робітничі центри Донбасу, Криворіжжя та Запоріжжя, то відсоток площі зелених садінь до площі міста буде ще менш, а саме:

Кривий Ріг	0,22%
Запоріжжя	0,3%
Артемівськ	1,6%
Луганська	1,2%
Сталіно	2,1%

що на одного мешканця дає зовсім мінімальні площі зелених садінь: від 0,4 кв. м. для Запоріжжя до 3,4 кв. м. для Артемівська.

Ще гірше стоїть справа зелених садінь по робітничих селищах Донбасу, де відсоток площі зелених садінь становить ще менш, а по деяких робітничих селищах немає їх зовсім.

Таким чином існуючі площі зелених садінь ні в якій мірі не відповідають найменшим санітарним нормам. А тимчасом садіння мають велике гігієнічне значіння для залюднених пунктів, як могутній оздоровчий фактор, що відограє позитивну ролю в процесі постачання міст здоровим повітрям, захищає залюднені пункті від впливу шкідливих газів, диму, пороху забезпечує скорішу мінералізацію органічних речовин ґрунту та утворює сприятливі умови для раціонального відпочинку та відновлення сил міського колективу.

Виходячи з великого практичного значіння справи розширення площі зелених садінь по містах та робітничих селищах України в загальній проблемі оздоровлення міст та робітничих селищ, Народній Комісаріяти Охорони Здоров'я вважає за потрібне звернути увагу Окрздоровінспектур на цю досить важливу оздоровчу галузь роботи, яка нажаль досі не притягала до себе уваги та не знайшла належного відбитку в профілактичній роботі озрздоровінспектур.

Підкреслюючи важливість цієї роботи, Народній Комісаріят Охорони Здоров'я вважає за потрібне перше за все зауважити, щоб окрздоровінспектури розгортаючи свою роботу в цій галузі, щільно ув'язали її з органами місцевого комунального господарства, земельними органами, громадськими організаціями та надалі їй широкий оздоровчий характер.

На думку НКОЗ, в частині організаційних заходів окрздоровінспектури повинні:

1) Проробити спільно з зацікавленими організаціями (відділами комгоспів, земельними відд.), загальний плян збільшення площі зелених садінь по залюднених пунктах, ув'язавши його з пляном санітарного оздоровлення теріторії залюдненого пункту та внести цей плян на обговорення та затвердження міських або селищних рад.

2) Узяти активну участь в роботі товариств захисту рослин, а там, де цих товариств немає, сприяти організації їх.

3) Брати активну участь в організації та запровадженні на місцях „днів лісу", „свята деревонасадження".

4) Підчас розглядання бюджетів відповідних відділів (комгоспів, земельних відділів) та госп, органів домагатися внесення асигнувань на організацію питомників, провадження деревонасадження.

5) Зосереджувати увагу місцевої суспільности на питаннях деревонасадження, освітлюючи в місцевій пресі, по виставках, на лекціях, в школах гігієнічне значіння зелених садінь.

В частині конкретних практичних заходів щодо збільшення площі зелених садінь по містах та робітничих селищах окрздоровінспектури повинні:

1) домагатися, щоб на кінець п'ятирічки по великих містах України та робітничих центрах, відповідно до передбачень НКВсправ, зелений фонд міст було збільшено до таких розмірів, щоб на одного мешканця припадало не менш 7,5 кв. м. зеленої площі

2) підчас плянування нових та перепляпування вже існуючих міст і робітничих селищ домагатися доведення площі зелених садінь до 20% всієї площі, що її відведено під залюднений пункт.

3) підчас запровадження поквартальної забудівлі обов'язково вимагати відведення центральної частини кварталу під зелені садіння.

4) Коли будуть підприємства, що в тій або іншій мірі можуть забруднювати повітря димом, шкідливими газами тощо—вимагати встановлення захисних зон—зелених садінь.

5) Категорично протестувати проти знищення існуючої площі зелених садін, припускаючи це лише в виключному випадку, при обов'язковій умові, коли це знищення буде компенсовано посадкою не меншої площі нових зелених садінь.

6) Домагатися використання під зелені садіння старих цвинтарів, звалок, вільних, нездатних для забудування майданів та балок, а також використовуючи під зелені садіння незабудовані дільниці землі в центральних частинах міст, де зелені садіння незначні, або зовсім відсутні.

7) Пропонувати широке використання зелених садінь у боротьби з пісками та пороком (відведення частини широких вулиць під зелені садіння, газони, бульвари тощо).

8) Вжити заходів щодо збільшення площі зелених садінь на дільницях, що їх зайнято під установи охорони здоров'я (лікарні, дитустанови, санаторії та інші будинки громадського значіння—(школи, клюби, майдани фізкультури тощо).

9) Ставити пропозиції до відповідних організацій про те, щоб оголосити заповідними масиви зелених садінь, які мають виключне оздоровче значіння.

За Наркомздоров'я *Хармандар'ян.*

Зав. санепіду *Марзеєв.*

(Об. розп. НКОЗУ № 29 з 28 грудня 1929 г.),

16. Санітарні правила що до улаштовання й догляду питтьових колодязів загального користування.

Підстава: п. п. „д“ та „і“ арт. 9 і арт. арт. 12 і 16 постанови Ради Народніх Комісарів УСРР з 27 серпня 1926 р. „Про санітарно-технічні ради“ (Зб. Уз. УСРР 1926 р., № 53, арт. 352).

1. Вибір водоносного горизонту й місця для колодязів.

1. Вибираючи місце для колодязя, треба обслідувати й вивчити наявні в данному районі колодязі геологічний склад ґрунту, водоносні горизонти, природні виходи вод.

2. За даними обслідів вибираються, за згодою з органами санітарного нагляду, той або інший водоносний горизонт, що буде постачати водою колодязь; при цьому:

1) для постачання водою колодязя треба вибирати, як правило, не перший водоносний горизонт. Вибраний горизонт повинен бути добре захищений від можливого попадання забруднень з поверхні ґрунту;

2) накреслений горизонт повинен давати воду в потрібний для пиття кількости;

3) вода повинна бути задовільної якости, що повинен підтвердити своїм висновком орган санітарного догляду.

3. Вибирати місце для колодязя треба з участю санітарного лікаря, прицьому треба зважити на такі міркування.

1) не повинно улаштовувати колодязя нижче з ухилом місцевости від місць забруднення, а також на місцях, багатих органічними забрудненнями (колишні смітники).

2) колодязь не повинен бути ближче, ніж за 20 метрів від місць скупчення забрудвень — помийниць, вигрібів, стаєнь (хлівів) цвинтарів, скотомогильників тощо.

3) місце для колодязів повинно вибирати так, щоб був вільний стик, так для атмосферних вод, як і для вод, що збираються біля колодязя.

Місце, що вибирається для колодязи, не повинне затоплюватися атмосферними водами

II. Улаштування колодязів.

4. Вибираючи тип колодязя, слід давати перевагу трубчатим колодязям із смоками.

5. Улаштовуючи копані колодязі, матеріял для стін треба брати в першу чергу — такий: бетон, камінь, цеглу, а вже в другу чергу дерево: — дуб, вільху, березу.

6. Стінки колодязя повинні бути щільні й обсипані трамбованою глиною на глибину 1,5 метри й убік на 1 — 1,5 метри.

7. Стінки колодязя повинно вивести вище поверхні землі на височінь 0,9 метра.

8. На дно колодязя повинно насипати шар щебня товщиною біля 0,25 метра й зверху шар чистого піску товщиною біля 0,15 метра.

9. Землю кругом колодязя треба підняти підсипкою, щоби атмосферні води й води, що утворюються біля колодязя, мали сток від колодязя.

10. Місце кругом колодязя треба замостити на площі радіусом не менше 3 метрів і з ухилом від колодязя не менш 0,03.

11. По краю замощення слід улаштувати лоток для збору води й відводу її далі від колодязя.

12. Місце біля колодязя треба огородити.

13. Улаштовувати біля колодязів корита для водопою худоби забороняється.

14. Для брання води з колодязя слід улаштувати смок або громадське цебро з сіткою або гратою.

15. Біля колодязя треба улаштувати лавку для цеберок.

16. До колодязя треба зробити ляду й дашок. В тому разі, коли колодязь має смок, треба влаштувати будку.

17. Приймати нові колодязі повинна комісія з участю санітарного, або районового лікаря.

III. Експлоатація колодязів.

18. Біля колодязя треба додержувати певної чистоти. Забороняється звалювати біля колодязя сміття, гній, всякий бруд, мити шкури, кишки, шерсть, умиватися, мочити коноплю, льон, мити й вимочувати посуду, мити худобу, прати білизну, улаштовувати водоймища для свійської птиці і взагалі забагнювати місце біля колодязя.

19. Забороняється брати воду в колодязі приватним цебром, а брати її виключно громадським цебром.

20. Забороняється селянам пити воду з громадського цебра, також забороняється напувати з нього худобу.

21. Забороняється виливати до колодязя воду, що залишається в громадському цебрі.

22. Забороняється ставити громадське цебро на землю.

23. Забороняється обкладати смоки для отеплення на зиму речовинами, що мають в собі забруднення (гній).

24. Колодязі треба щорічно старанно оглядати, лагодити й чистити, з тим, що брудний пісок на дні колодязя треба заміняти чистим.

25. В випадку зараження води колодязя будь-якою інфекцією, користування водою з цього колодязя забороняє орган санітарного нагляду доти, доки колодязь продезинфікують. Дозвола знову користуватися водою з колодязя після дезінфекції дає санітарний лікарь.

26. Загальний нагляд за санітарним станом колодязя покладається на санітарно-впорядкувальну комісію сільради.

27. Органи місцевого управління здійснюють нагляд за виконанням цих правил.

(Постанова Центральної Саніт. Тех. Ради УСРР. Оголошено в II від. Зб. Уз. 1929 р. № 17 арт. 75).

Голова Центральної Санітарно-Техничної Ради УСРР *Нагорний.*

17. Про зону санітарної охорони джерел центрального водопостачання міст, робітничих селищ та інших залюднених місць.

Підстава: арт. 8 постанови Ради народніх комісарів УСРР з 29 липня 1929 р. „Про санітарну охорону вод“ (Зб. Уз. УСРР 1925 року, № 42 арт. 286).

1. Зону санітарної охорони джерел центрального водопостачання встановлюється при всіх водогонах, що функціонують і що їх проектують і будують - комунальних, фабрично-заводських, залізничих та водного транспорту і що мають за мету постачати питтьовою та господарчою водою людність міст, робітничих селищ і інших залюднених місць.

2. Зона санітарної охорони водних джерел встановлюється при всіх водогонах, що користуються водою так і з верхніх джерел — (річок, озер, ставків та інших відкритих водоймищ), як і з підземних (криниці, джерела, бурові щелини тощо). Проектуючи водогони зону санітарної охорони треба встановлювати з моменту вибору для них водних джерел і заходи зв'язані із встановленням зони складають частину проекта водогону.

3. Складаючи проекти плянування міст, робітничих, дачних і курортних селищ і інших залюднених місць треба передбачати вилучення зони санітарної охорони водних джерел.

4. Зона санітарної охорони має за мету охорону водних джерел, всіх водних споруд водогону й місцевости, що оточує водні джерела від шкідливої зміни та порушень.

5. Межі зони санітарної охорони й окремих її частин визначають в залежности від характеру водних джерел, їх міцности швидкости та напряму течії, рельефу місцевости, геології та гидрогеології її, залюднення, побутових та економічних умовин людности, розвитку промисловости й торгівлі, шляхів сполучення й інших умовин, що можуть спричинити забруднення водних джерел, зміну їх кількісного й якісного складу та режиму, а так само, розвиток водних епідемій (холера, черевний тиф, дизентерия тощо). Межі зони санітарної охорони для зверхніх вод встановлюється не тільки вище по течії місця збірання води водогону, але й нижче його, зважившн на зв'язок місцевости, розташованої нижче, з людністю території, що розташовано вище по течії водних джерел, а також і з робітниками водогону.

6. Межі зони встановлюється при кожному водогоні окремо після попереднього санітарного й санітарно-технічного вивчення й обсліду місцевих умов; відповідно до наконичення матеріялів санітарного й санітарно-технічного обсліду району межі зони можна в подальшому змінювати. Коли зони санітарної охорони декількох водогонів збігаються або стікаються одна є одноюсвоїми межами, то такі зони можна об'єднати в одну.

7. Проекта зони санітарної охорони розробляється й затверджується порядком, що його визначено інструкцією Центральної санітарно-технічної Ради УСРР (Зб. Уз. УСРР 1925 р. від. II, № 27 арт. 72), й постановою Ради народніх комісарів УСРР з 30 липня 1928 р. Про зміну арт. 5 постанови РНК „Про санітарну охорону вод" (Зб. Уз. УСРР 1928 р. № 16, ар. 145.

8. Для переведення запобіжного й поточного санітарного нагляду в межах зони санітарної охорони місцева інспектура охорони здоров'я, або Медсанупр. та Водсанупр. кому слід, призначає постійного санітарного лікаря зони санітарної охорони, обсяг його діяльности встановлює додавана до цієї інструкції інструкція (див. додаток).

9. Облік усіх зон санітарної охорони, загальний нагляд й керівництво роботою по зонах провадять округові інспектури охорони здоров'я та медсануправи; ці органи щороку разом із загальною звітністю подають спеціяльні короткі відомості про вжиті заходи та встановлення зон санітарної охорони до Народнього комісаріяту Охорони здоров'я УСРР що доводить про стан цієї справи в Республіці до відому Центральної санітарно-технічної Ради УСРР.

10. Зону санітарної охорони в залежности від її санітарного значіння й від уживаних в зв'язку з цим заходів, поділяють на окремі частини, а саме — на а) зону суворого режиму, б) зону обмежень і в) зону нагляду.

А. Зона суворого режиму.

11. Зона суворого режиму охоплює в одне джерело в місці збору води водогоном водні споруди (смокові станції, очисні споруди, устаткування для коагуляції й хльорування тощо) з територією, що безпосередньо до них прилягає. Всю територію що входить у межі зони, огорожується.

12. Жити у межах зони можна дозволяти лише за виїмкових випадків службовцям і робітникам водогону, з тим, що органи охорони здоров'я й комунального господарства або інші господарські органи, кому слід кожний раз спеціяльно обмірковують це питання, при цьому всі пожильці на території в межах зони повинні додержувати спеціяльно виданих санітарних правил.

13. В межах зони дозволяється ставити тільки такі будовц й споруди, що мають безпосереднє відношення до водогону; будівництво в межах зони провадять з дозволу й під наглядом санітарного лікаря зони та технічного персоналу водогону.

14. Для всієї території зони встановлюється окремий внутрішній розпорядок: входити на територію зони сторонні можуть лише за спеціялвним дозволом завідувача водогону, або особи, від нього уповноваженої. За випадку санітарної небезпеки вхід стороннім може заборонити санітарний лікарь зони через завідувача водогону.

Б. Зона обмежень.

15. Зона обмежень охоплює водне джерело водогону, інші водні джерела, що впливають на якісний та кількісний склад цього водного джерела й що можуть його забруднити, а так саме і територію, що їх оточує.

16. В межах зони встановлюється певні обмеження, щоб запобігти забрудненню водних джерел і грунту та зміни їх кількісного і якісного складу.

17. Затверджуючи проекти та пляни всіляких робіт в межах зони обмежень, треба мати попередній висновок санітарного лікаря зони; початок і порядок переведення робіт за затвердженими проектами й плянами погоджується з санітарним лікарем зони,

18. В межах зони обмежень встановлюється регулярний санітарний нагляд і лябораторну контролю всіх стоків у водні джерела роботи споруджень для очищення спадних вод, роботи полів асенізації та унешкідження тощо; порядок лябораторних досліджень, реченці й місця брання проб для аналіз визначає санітарний лікарь зони.

В. Зона нагляду.

19. Зона нагляду включає в себе територію, суміжну з зоною обмежень, і територію, що так або інакше зв'язана з зоною обмежень і зоною суворого режиму.

20. В межах зони не зводять жодних постійних обмежень і тільки встановлюють посилений санітарно-епідеміологічний нагляд за виникненням та поширенням пошесних захорувань, а надто водних.

Голова Центральної санітарно-технічної ради Заст. НКОЗ УСРР *Нагорний*

(Інстр. Центр. Сан. тех. ради УСРР оголошено у II від. Збірн. Узак. УСРР 1929 р. № 23. арт. 107).

18. Інструкція санітарному лікареві зони санітарної охорони джерел центрального водопостачання

1. До обов'язків санітарного лікаря зони санітарної охорони входить:

1) вивчати водозбірний басейн джерел водопостачання, що постачають воду водогонові, в санітарному гідрогеологічному та інших напрямах:

2) вивчати й обслідувати всі залюднені місця, установи, підприємства в розумінні їх впливу на кількісний і якісний склад водних джерел зони:

3) ставити на підставі місцевих спостережень і обслідів вимог, що ґрунтовані на законі, щоб очищали спадні води і унешкоднювали нечисть і покиди і нагляд за правильним та своєчасним виконанням цих вимог;

4) брати на облік всі споруди і установки для очищення спадних воді місць унешкідження нечистів та покидів і нагляд за роботою цих споруд і установок;

5) наглядати щоб у межах зони не влаштували споруд. не будували будівель. не переводили заходів і робіт, що можуть спричинити забруднення водних джерел і безпосередньо і через забруднення грунту та порушення його покрову, а також зміну кількісного та якісного складу водних джерел, наприклад, залюднення території, розробіток недр землі винищення й псування лісу, використання нечисти для угноєння узбережжям вод. джерел з наступним змивом. видобуток річкового піску, влаштування гребель тощо;

Увага: Влаштовувати збірні колодязі в межах зони категорично забороняється, а збірні колодязі що вже є, треба якнайшвидче зачиняти.

6) брати на точний облік свердловини й наглядати за їх утриманням, а також і за влаштуванням нових, та наглядати щоб всі невикористовані свердловини були зачинені;

7) збирати й розробляти матеріяли захорувань на водні інфекційні хвороби в межах зони санітарної охорони й регулярно одержувати від місцевого районового, санітарного персоналу й медично-санітарних установ повідомлення про випадки захорувань на ці хвороби та опрацьовувати ці матеріяли;

8) розробляти й переводити в межах зони санітарної охорони запобіжні заходи проти виникання водних інфекційних захворувань, а також керівництво боротьбою з епідеміями цих захорувань;

9) об'єднувати й погоджувати діяльність санітарних органів, що ведуть роботу в межах зони санітарної охорони водогону та навколишньої місцевости;

Увага: На випадок стіку між де кількох зон санітарної охорони або об'єднання їх в одну територію їх роботу розподіляють то розмежовують між санітарними лікарями цих зон;

10) наперед розглядати проєкти всілякого будівництва і пляни досліджень, робіт та інших заходів у межах зони та подавати на них свої висновки у частині додержання вимог постанови про зони санітарної охорони:

11) Контролювати санітарний стан споруд водогону й навколишньої територіч й роботи очисних споруд.

2. Щоб найкраще розв'язувати питання, зв'язані з організацією зони санітарної охорони й з запровадженням у її межах потрібних заходів, санітарний лікар зони ув'язує свою роботу з місцевими санітарно-бактеріологічними лябораторіями й інститутами. Крім того, санітарний лікар зони нав'язує постійний зв'язок з місцевими гідро-біологічними станціями й відділками гідрологічного інституту й окремими спеціялістами геологами, гідрогеологами, гідротехніками тощо.

3. Звіти про роботу по зоні санітарної охорони й плян дальшої діяльности санітарний лікар зони подає загальним порядком звітности до місцевої інспектури охорони здоров'я і в копії — до відділу комунального господарства, а по зоні санітарної охорони джерел, що постачають воду водогонам промислових районів, в копії — до відповідних органів по лінії промисловости.

(Оголошено в II від. Збірн. Узак. 1929 р. № 23 арт. 107).

19. Про відбивання в проєктах промислового будівництва саніт. гігієничних вимог.

До всіх окрздоровінспектур.

Наркомздоров'я оголошує наказ по ВРНГ УСРР № 52 від 2 листопада 1929 року в справі відбивання в проектах промислового будівництва санітарно-гігієничних вимог та пропонує підчас розгляду проєктів будівництва по лінії відділів місцев. промисловости та від. місц. господарства стосовно до цього наказу ретельно стежити за виконанням вимог в інтересах охорони здоров'я.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. сан. епід. відділом *Марзеєв.*

(Обіжн. розпор. НКОЗУ № 27-3 з 20 грудня 1929 р.).

НАКАЗ ПО ВРНГ УСРР

№ 5 від 2 листопада 1929 р.

I.

В проєктах на промислове будівництво, що їх надсилається на затвердження до ВРНГ УСРР, в багатьох випадках не висвітлюється питань щодо санітарно-гігієнічної охорони будівництв. Це не дає можливости підчас розгляду проєктів в ВРНГ погоджувати їх з НКОЗдоров'я УСРР, в зв'язку з чим часто-густо виникає потреба вимагати від органів, що подали проєкти на затвердження, надсилати додаткові дані. Остання гальмує справу проходження та затвердження проєктів.

Щоб запобігти цьому, надалі пропонується всім органам, що подають проєкти промбудівництва на затвердження до ВРНГ УСРР, звертати належну увагу на опрацьовання питань, щодо санітарно-гігієнічної охорони підприємств, а так само обов'язково додавати до проєктів такі матеріяли:

а) до ескизних проєктів:

1. Докладний опис місцевости, що її обрано для розташування нового підприємства з санітарно-гігієнічного боку (умови спуску відхідних вод та відводу небезпечних газів), а також відводу покидок виробництва, вплив розташування підприємства на санітарно-гігієнічний стан місцевости, тощо).
2. Опис та підрахунок обсягу спадних вод, що виникають в процесі виробництва, а також хемічний склад цих вод.
3. Дані про потрібні очисні спорудження, а також про спорудження для збору та унешкодження різних покидок виробництва, з відзначенням системи цих споруджень, (ескизні проєкти) та їхньої вартости в укрупнених замірках.

б) до остаточних проєктів.

Удосконалені дані по тих самих питаннях, що їх визначається при ескизних проєктах, а також остаточні проєкти (рисунки, розрахунки, виробничі кошториси) всіх запроєктованих споруджень санітарно-гігієнічного характеру (споруджень очистки спадних вод, збору покидок, тощо).

II.

При відсутності при проєктах, що подаються на затвердження до ВРНГ, матеріялів, зазначених в п. I цього наказу, проєкт вважатиметься за неповний і розглядатись не буде.

III.

РНГ АМСРР, ВМП та ВМГ видати відповідний наказ до підлеглих підприємств.

IV.

Цього наказу видається в додаток і на розвиток §§ 2 та 6 додатку № 1 до інструкції „про порядок розробки, — розгляду та затвердження проєктів промислового будівництва, переведення робіт, контролю за ними та про звітність", що її оглошено за наказом по ВРНГ УСРР № 149 з 28-XII-28 р.

За Голову ВРНГ УСРР (підпис).

Нач. Будвідд. — Член Президії ВРНГ УСРР (підпис).

Нач. АФУ ВРНГ УСРР (підпис).

20. Про продовження дозволу на вживання старих корок у броварній промисловості.

До всіх окрздоровінспектур.

Копія: до НКОЗ АМСРР.

В додаток до обіжного розпорядження НКОЗУ з 5-V 1928 року, що його оголошено в бюлетені НКОЗУ 1928 року № 9 арт. 134, оповіщається, що дозвіл на вживання старих корок в броварній промисловости продовжено до 1-І 1931 року, при умові дезінфекції, про яку вказано в зазначеному обіжникові.

За Наркомздоров'я УСРР *Хармандар'ян.*

Заст. зав. сан. епід. відділу *Єфімов.*

Об. розп. НКОЗ № 32-І з 23 грудня 1923 р.).

II. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ВІДДІЛІВ.

1. Плян ліквідації епідемії черевного тифу та боротьби зі шкарлятиною по промислових округах.

Центр. Надзвич. Комісія по боротьбі з епідеміями затвердила 25 листопада 1929 року.

А. Протиепідемічні заходи:

1. Щоб організувати навколо боротьби з епідеміями громадську думку та перевести серед працюючих відповідну виховательську роботу — потрібно широко вживати всі методи санітарної освіти. Цілком потрібно також притягти до боротьби з епідеміями всі партійні, професійні та радянські організації.

2. Щоб перевести повним обсягом потрібні заходи щодо ліквідації епідемії черевного тифу й боротьби зі шкарлятиною треба забезпечити промислові райони достатньою кількістю медичного персоналу для чого:

а) вжити заходів до негайного заповнення всіх постійних сан. посад, як таких, що ще досі незаповнено, так і тих, що знову утворено за кошторисом 1929-30 р.

б) використати для цього весь тимчасовий персонал, як той що відряджено; так й той, що запрошено на місці на боротьбу з епідемією черевного тифу.

3. Переводити повністю шпиталізацію (на 100%) всіх черевнотифозних хворих й по змозі ширше шкарлятинозних хворих, для чого:

а) не згортати, а цілком використати всі інфекційні ліжка, що досі розгорнуто;

б) в разі потреби розгортати нові ліжка;

в) аж до розгортання нових ліжок, якщо в цьому виникає потреба, використати загально-соматичні ліжка (до 25%).

4. Поліпшити обладнування й обслуговування інфекційних ліжок, даючи для цього м'який і твердий інвентар, не пропускаючи розміщення інфекційних хворих по найгірших приміщеннях лікарень й взагалі по непристосованих приміщеннях.

5. Шпиталізацію організувати з обліком потреби попередження інфекцій, що виникають в середині лікарні, для чого відповідно обладнувати приміщення інфекційних відділків й бараків, ввести належні правила внутрішнього розпорядку й належно проінструктувати персонал що доглядає, а також широко користуватися методом поточної дезинфекції.

6. В разі нестачі інфекційних ліжок — щодо шкарлятинозних хворих організувати й належно переводити ізоляцію їх вдома за вказівками й під контролею медперсоналу.

7. Безумовній шпиталізації підлягають:

а) перші випадки шкарлятини в даному місці;

б) ті, що захворіли по дитбудинках, колоніях, інтернатах, ночлежках, касарнях й т інш. установах.

в) хворі, що мешкають в умовах, що не дають можливости належної ізоляції (густо заселені будинки).

8. Черевнотифозних хворих тримати в лікарні аж поки ляботаторна аналіза не дасть негативних наслідків на бацилоносіння й у всякому разі не раніш, як два тижні після зниження температури.

Виписування з лікарні шкарлятинозних хворих (й взагалі припинення ізоляції) допускати не раніш, як за 6 тижнів від початку хвороби — після повного видужання й санобробки.

9. Здійснювати можливо ранню й точну діягностику черевного тифу, щоб найскоріше шпіталізувати, для чого:

а) всі лябораторії, що є, так санітарно-гігієнічні, як й клінічного характеру, широко використати для роботи по боротьбі з тифом.

б) негайно розгорнути роботу районових й рухомих санбаклябораторій, що їх відкривають на кошти держбюджету по промислових округах.

в) терміново розгорнути всі нові санбаклябораторії, що передбачено за місцевим бюджетом.

Шпіталізацію й взагалі ізоляцію шкарлятинозних хворих здійснювати яко мога раніш не лише в ясно визначених випадках, але й в разі підозріння на захорування, причому особливу увагу звертати на випадки ангіни, під виглядом яких часто виникає шкарлятина.

10. Щоб боротися з бацилоносінням черевного тифу, треба:

а) продовжувати бактеріологічний дослід відходів усіх тифозних хворих на бацилоносіння, а також осіб, що тісно й безпосередньо стикаютєся з ними.

б) переводити обслідування за тифоносіння всіх тих, що працюють в харчовій промисловості, в першу чергу тих груп, що мають безпосередні стосунки до споживачів (їдальні, закусочні, чайні, продуктові крамниці й т. інш.), а також осіб, що обслуговують центральне водопостачання осіб цієї групи з виявленим бацилоносінням негайно відстороновати від роботи з передачею на соцстрах аж до припинення бацилоносіння;

в) провадити обслідування на бацилоносіння осіб, що мали тісне стикання з черевнотифозними хворими, вживаючи відносно виявлення бацилоносіїв заходи саносвіти.

Щоб перевести санітарно-гігієнічні заходи відносно бацилоносіїв, треба організувати належний облік їх.

11. Всіх тих, що близько стикаються з хворими на шкарлятину, тримати під медичним доглядом й карантином згідно з інструкцією „про порядок призначення відпусків за карантином при епідемічних захоруваннях".

12. Відносно шкарлятини яко мога широко вживати ляборатoрної методи для виявлення наявности бацил Лефлера, щоб відокремити випадки, ускладнені дифтерією від інших шкарлятинозних хворих.

13. Організувати спеціяльну звітність лябораторій по роботі, що провадиться в напрямку боротьби з тифом й шкарлятиною (рання діягностика, серодіягностика, дослідження бацилоносіння й т. інш.).

14. Встановити медично-санітарний дослід касарень, гуртожитків, будинків, де спостерігалися вогнища захорувань черевного тифу й шкарлятини (огляд мешканців, дослідження на бацилоносіння, дезінфекція й т. інше).

15. Як один з основних засобів для ліквідації черевного тифу й шкарлятини, поставити на належну височінь дезінфекцію так поточну, як й прикінцеву, для чого негайно подбати про:

а) організацію потрібних кадрів дезінфекторського персоналу, організуючи в разі потреби короткотермінові курси (2—3 тижні) підготовки їх.

б) впорядкування наявної дезапаратури та поповнення її.

в) своєчасне придбання потрібних деззасобів в достатній кількості.

г) налагодження з метою профілактики шкарлятини по дитустановах (яслах, майданчиках, консультаціях й т. інш.) правильного вентиляційного вбирання зі вживанням деззасобів.

16. Для найшвидчого видужання шкарлятинозних хворих й зменшення небезпеки для них, як носіїв зарази, широко вживати сироваточне лікування, для чого своєчасно подбати про виписку, згідно із завчасно розробленими пляном, потрібної кількости протишкарлятинозної сироватки, а Сан-Бак. інститутам про повне й своєчасне постачання нею округ.

17). Як засіб найважливішого профілактичного значіння, запроваджувати запобіжні щеплення.

А. Проти черевного тифу по всіх промислових районах:

а) всім робітникам (гірникам, металістам хемікам) що їм у вересні — листопаді 1929 р. не робили щеплень,

б) всім, що знову поступають на роботу й сезонникам, без чого прийому не провадити,

в) максимальній кількости членів сімей робітників, що працюють в гірній, металургійній й хемічній промисловості, відносно яких перевести найширшу санітарно-агітаційну роботу.

г) щеплення провадити протягом всього часу до травня м-ця 1930 р., щоб до цього строку мати серед робітників значний прошарок імунного населення.

д) щеплення провадити згідно з директивами, що дано раніше, двічі — дозами 1,0, 1,5 кб. с. з обов'язковою відміткою про зроблене щеплення в розрахунковій книжці робітника або на будьякому іншому особистому документі (краще через накладання штампу):

є) всім щепленням вести належний облік на окремій картці, й щомісячно надсилати до НКОЗ цифровий звіт за додаваною формою:

ж) залежно від бактеріологічного характеру епідемії в даній місцевості (черевн. тиф. паратиф А, або В) вживати для щеплень дивакцину або моновакцину, причому дивакцину вживати там, де спостерігається не менш як 10% паратифу серед всіх кишкових тифів.

з) починаючи з червня м-ця 1930 р., провести ревакцинацію згідно з особливою інструкцією, що видасть для цього НКЗДоров'я.

Б. Проти шкарлятини:

а) провадити щеплення переважно дітям віком до 10 років, як найбільш прийнятливій групі: дітям старшого віку (до 14 років) при особливих показах (напр. при шкільній епідемії):

б) щеплення провадити триразові, а при можливості 4 разові: з перервами в 5—7 днів, попереджуючи їх якнайширшою санітарно-агітаційною роботою серед матерей;

в) щеплення провадити якомога ширше в тих місцевостях, де є наявність шкарлятинозних захорувань: у місцевостях же, де загрози епідемічного розвитку шкарлятини нема, щеплення розвинути навесні, щоб утворити імунітет до наступного сезонного розвитку шкарлятини.

18) Щодо директив для запровадження щепільної кампанії у зазначених розмірах скласти конкретний плян відповідно до місцевих умов й негайно провадити його в життя силами так штатної медико-санітарної організації, як й зформованих на боротьбу з епідемією щепільних загонів, які належить залишити в кількості потрібній для повного переведення пляну.

19. Харківському й Дніпропетровському Санбакінститутам відповідно до вказаних завдань розрахувати й заготувати потрібну кількість дивакцини, моновакцини й шкарлатинозної вакцини й в пляновому порядкові своєчасно постачати ними промислові округи, а також слідкувати й керувати щепільною кампанією.

20. Підсилити по вогнищах епідемії санітарний догляд по всіх його видах — житловому, харчовому, промисловому, комунальному, провадячи його переважно в напрямкові ліквідації черевного тифу широко систематично вживаючи санітарно-гігієнічні й бактеріологічної ляборатории аналізи відносно джерел водопостачання, харчових припасів, спадних вод й т. інш. й склавши для цього конкретний плян роботи відповідно до місцевих умов й можливостей, причому особливу увагу звертати на систематичну перевірку виконання поставлених у процесі догляду вимог.

Відносно шкарлятини — посилити сандогляд шкіл й дитустанов, мати на обліку всі установи й будинки, де спостерігалися захорування, провадячи по школах й дитбудинках періодичні медичні огляди дітей (термометрування й огляд глотки, для чого посилити в разі потреби, по вогнищах епідемії шкільно-санітарний персонал). Цілком заборонити будь-які дитячі збориища.

Встановити санітарний догляд стану здоров'я осіб (та їхню родину), що постачають молоком й іншими продуктами дитустанови та організувати стерилізацію молока для дитустанов Медсануправ транспорту неухильно провадити в життя правила перевозки по залізницях інфекційних хворих й встановити суворий догляд виконання цих правил.

21. Відносно черевного тифу й шкарлятини суворо здійснювати правила щодо порядку екстренних сповіщень, зазначених у постанові РНК й вести ретельний облік і реєстрацію всіх випадків захорувань за встановленими формами, повідомляючи у встановлені строки НКОЗ про рух епідемії.

25. В кожному випадкові захворування на черевний тиф або шкарлятину провадити ретельне епідеміологічне обслідування, вживаючи всіх потрібних засобів для ліквідації джерел інфекції, що виявляється.

Б. Оздоровні заходи по лінії госпорганів для ліквідації черевного тифу.

1. Органам охорони здоров'я промислових округ категорично поставити перед госпорганами промпідприємств завдання повної реалізації протягом року, до наступу сприятливого для розвитку черевного тифу сезону, затверджених промфінплянів, ретельно слідкувати за виконанням їх й намагатися максимальної конкретизації.

2. Зокрема протягом зимово-весняного періоду 1929-30 р. категорично поставити питання й намагатися максимальної реалізації по таких моментах в частині очищення, убирання та асенізації:

а) домагатися раціонального влаштування вбиралень, помийниць, ям і сміттьових скринь по всіх робітничих селищах і на підприємствах, для чого санепіду НКОЗпроробити й дати на місця вказівки про найраціональніший тип таких та інструкцію про раціональнішу дезінфекцію їх;

б) організувати правильне систематичне очищення в періодичні строки вбиралень, вигрібних й помийних ям та сміттьових скринь, а також забруднених дворів й територій з наступною дезінфекцією;

в) щоб привчити населення до очищення дворів, убиралень й т. інш., організувати періодичні тижневики й місячники чистоти.

г) Для реалізації протягом зимово-весняного періоду поставити в категоричній формі перед господарчими й комунальними організаціями питання про посилення до повного задоволення потреби й про раціоналізування за вказівками саноргапізацій асенізаційного обозу для робітничих селищ та підприємств.

д) Усунути незаконні смітники, влаштовані по місцях, що для цього не призначено; відвести, де треба, нові місця для смітників та впорядкувати відповідні законні смітники.

е) Окрздоровінспектурам протягом зимового періоду виявити всі дефекти асенізаційної справи в лікувальних установах по промислових районах та приступити до усунення їх шляхом ремонту, перебудування й раціонального унешкідження й дезінфекції.

В частині впорядкування водопостачання.

а) Домогтися встановлення хлораторів по всіх водогонах Донецького Басейну протягом зимового періоду;

б) Встановити охоронні зони для водогонів по промислових районах;

в) Впорядкувати в санітарному відношенні всі інші джерела водопостачання — колодязі, ключі й інші водоймища — в розумінні влаштування труб установки помп й. т. ін.

г) Встановити кип'ятильники по тих місцях, де користуються водою сумнівної в санітарному відношенні, якости.

д) Провести обслідування постачання шахт питтьовою водою, виявити санітарну здатність питтьових вод по шахтах та організувати подавання до них доброякісної в санітарному відношенні води.

В частині поліпшення громадського харчування

а) Поставити в категоричній формі перед кооперативними й промисловими органами питання про збільшення протягом зими й весни кількости місць громадського харчування (їдальні, закусочні, чайні й т. інш.), відкриваючи такі в першу чергу по рудниках з таким розрахунком, щоб до весни забезпечити громадським харчуванням весь промисловий пролетаріят, що не має можливости харчуватися вдома.

б) Всі місця громадського харчування, що є, протягом зимового сезону довести до належного санітарного стану й посилити, в разі потреби, їхню перепускну здатність,

в) по лінії НКЗДоров'я запропонувати НКТоргу й Уцеробсекції протягом зими й весни продовжувати посилене постачання промислових округ харчовими продуктами широкого споживання (хліб, м'ясо, риба, жири, овочі),

г) по лінії НКОЗ запропонувати, а по місцях органам здорово-охорони практично просунути перед госпорганізаціями питання про організацію повесні по промислових районах городинного господарства в великому маштабі для своєчасного й безперебійного постачання населення овочами та про широкий розвиток молочної кооперації.

2. Плян боротьби з паразитарними тифами

(Центральна Надзвичайна Комісія по боротьбі з епідеміями затвердила 15 грудня 1929 р.—протокол № 12).

1. Всю роботу по попередженню та боротьбі з паразитарними тифами переводити Надзвичайним Комісіям по боротьбі з епідеміями (центральна, окружні та районові), запропонувавши останнім в разі загрози поширення епідемій вживати найрішучіших заходів.

2. Запропонувати Надз. Сан. Комісіям так в центрі, як і на місцях зробити все потрібне, щоб утворити навколо питання по боротьбі з паразитарними тифами громадську думку та розбудити ініціятиву робочої маси, притягаючи до цієї роботи всі радянські, партійні та громадські організації, а також широко використовуючи центральну та місцеву пресу.

3. Запропонувати саносвіт. відділові НКОЗУ негайно видати популярні агітки по питаннях боротьби з паразитарними тифами.

4. Сан. бак. інститутам включити до пляну своїх наукових робіт вивчення паразитарних тифів, обов'язково переводити епідеміологічне дослідження всіх вибухів висипного та поворотного тифів, інструктувати лябораторії в частині лябораторної діягностики паразитарних тифів; подавати широку консультативну та інструктивну допомогу округам в справі боротьби з паразитарними тифами.

5. Встановити систематичний санітарний догляд місць, де є безпосердня небезпека розповсюдження паразитарних тифів (нічліжки, заїзні двори, готелі, гуртожитки, касарні, місця ув'язнення, толкучки й т. інш.), причому повну увагу віддати питанням санітарної обробітки, дезінсекції та карантину. Обов'язково домагатися влаштування душів та дезінсекторів по таких місцях, як нічліжки та в'язниці.

6. Домагатись цілковитого виконання промисловістю постанови ВУЦВК і РНК з 20 березня 1929 р. „Про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями в промислових районах“ (Зб. уз УСРР 1929 р. № 10, арт. 77), в частині обов'язкового улаштування санітарно-ізоляційних пунктів, щоб санітарно обробляти робітників, які вступають на виробництво.

7. Щоб попередити розповсюдження паразитарних тифів по радгоспах та через них, домагатися організації в них душевих лазень, дезсправи та медогляду, згідно із законом з 20/III-29 року.

Зокрема рекомендувати радгоспам та великим колгоспам користуватися пересувними лазнями, якщо неможна влаштувати постійні.

Питання про відповідну організацію попередження розповсюдження паразитарних тифів по комунах та колгоспах поставити перед президіями окрвиконкомів, притягаючи до цього відповідні організації (колгоспсекції, кооперацію, окрфілії УЧХ та інш.).

8. Запропонувати Надзв. Сан. Коміс. подбати про те, щоб всі лазні так комунальні, як і промислові, були зараз-же забезпечені паливом не менш, як на 4 місяці, виходячи з їхнього максимального навантаження.

По місцях загрозливих на паразитарні тифи встановити санітарний догляд та взяти на облік всі лазні та душеві установки, встановлюючи дні та години їх роботи, їхню перепускну здатність, чергування в користуванні лазнями різних груп населення; подбати про безкоштовне або здешевлене користування лазнями для ріжних груп населення; безупинно стежити за санітарним утримапням лазень та душевих установок.

По всіх округах, небезпечних, на паразитарні тифи, зараз-же на епідемічні кошти організувати пересувні лазнево-пральні чи дезінфекційні загони та проробити конкретний плян їхньої роботи.

9. Негайно організувати повну та правильну санітарну обробку всіх хворих по лікарнях та дезінфекцію їхніх речей під відповідальність головних лікарів.

Окрздоровінспектурам через аптекоуправління забезпечити по округах достатній запас дезинфекційних засобів та відповідну апаратуру.

Окр. Надзв. Санкомісіям через окрторги та кооперацію посилити постачання населення милом та регулювати розподіл його відповідно до вогнищ паразитарних тифів та найбільш загрозливих груп населення.

10. Окрздоровінспектурам зараз-же налагодити повну та термінову реєстрацію захворювань на паразитарні тифи телефоном та телеграфом, повідомляючи НКОЗУ про рух паразитарних тифів 1 та 15 щомісяця.

Встановити контроль за „лихорадочними“ захоруваннями та нез'ясованими формами тифів, широко використовуючи консиліуми лікарів та лябораторні методи.

11. Звернути пильну увагу па ранню діягностику, для чого всім санітарним, бактеріологічним та клінічними лябораторіям:

а) широко налагодити переведення реакції Вайль-Фелікса,

б) щодо поворотнього тифу—вживати обов'язково для кожного випадку захорування бактеріоскопічне дослідження крови зі вживанням методи провокації в період апірексії.

12. Як безумовний захід, вживати шпиталізації всіх, без винятку хворих на паразитарні тифи, використовуючи для цього не лише інфекційні відділки, але й загальні, а в разі потреби відкриваючи пошесні бараки.

13. Хворих на паразитарні тифи обов'язково витримувати певний реченець в лікарні, а само: 14 днів для висипного тифу та 17 днів для поворотнього, причому для останього реченець можна скорочувати, вживаючи методи провокації.

14. Щоб скоротити тривалість захорувань на поворотній та зменшити період паразитоношення, обов'язково вживати для терапії сальварсану, для чого мати належний запас його на склепах аптекоуправління, небезпечних на паразитарні тифи місць.

У кожному випадкові захорування на висипний або поворотній тиф обов'язково переводити епідеміологічні дослідження по картках.

15. Організувати санітарну обробку осіб, що оточували хворих та дезінсекцію речей і приміщення, а також масову санітарну обробку населених вогнищ паразитарних тифів, для чого використати місцеві лазневі та дезинфекційні установки, а якщо таких не буде, просовувати до вогнищ рухомі лазнево-пральне-дезінсекційний загін.

16. Окрздравінспектурам переводити повний облік всієї роботи по попередженню та боротьбі з паразитарними тифами.

3. Про підготовку кадрів у харчовій галузі.

На пленумі Т-ва пропаганди та раціоналізації народнього харчування констатовано що питання підготовки кадрів по харчовій справі перебуває в тяжкому стані, бо цією справою ніхто, як слід, не цікавився. Питання про підготовку кадрів порушується перед НКРСІ, що в ньому працює в цій справі трійка.

Новий журнал з питань нархарчу.

У лютому вийде новий журнал „За здорове харчування". Журнал видаватиметься що місяця. Відповідальний редактор — заступник Наркома охорони здоров'я т. Нагорний.

4. Підготовка робітників для малярійних станцій.

(Нарада в сан.-епід. відділі НКОЗ).

На доповідь проф. Рубашкіна в згаданій справі ухвалено відрядити до Протозойного Інституту декілька лікарів, що скінчили курс 1929 року.

Щоб заохотити лікарів працювати в галузі боротьби з малярією, нарада вирішила дорівнювати таких робітників щодо оплати праці до санітарно-епідемічного персоналу.

Протозойному Інститутові запропоновано потурбуватись про те щоб якнайшвидче було розпочато курси для малярійних лікарів (не пізніше 15 січня 1930 р.).

5. Про скликання Всеукраїнської Санради.

(Нарада в сан. епід. відділі НКОЗ).

Орієнтовний термін скликання Всеукраїнської Санради передбачається 1 — 5 березня 1930 р.

Обговорюватимуться такі питання (наводимо головні):

1) Місце санітарної справи в системі охорони здоров'я та народнього господарства.

2) П'ятирічний плян розвитку санітарної справи на Україні.

3) Епідемічний стан республіки.

Співдоповіді: а) про ліквідацію вогнищ паразитарних тифів; б) підсумки боротьби з черевним тифом і різачкою; в) плян розвитку дезінфекційної справи на Україні; г) п'ятирічний плян оздоровлення Донбасу; д) санобслуговування соц. сектора на селі; е) п'ятирічний плян діяльности саніт. бактеріологічних інститутів; ж) справи підготовки, удосконалення санітарних лікарів; з) питання санітарної освіти та інш.

На сесію Ради буде запрошено всіх окрсанінспекторів, окрепідеміологов, райсанлікарів (по 3 на округу), завідувачів міськсанепідів, санлікарів фахівців, промсанлікарів (по 1-2 на округу), лікарів транспорту, директорів і зав. епідеміологічних відділів сан. бак. інститутів та інш.

Ці постанови має ще затвердити колегія НКОЗ.

6. У сан. епід. відділі.

Заслухано доповідь про діяльність санепіду Київської ОЗІ.

Між практичними пропозиціями, що склала нарада Санепіду НКОЗ, відзначимо такі:

а) Київській санорганізації треба взяти на себе завдання загально-республіканського значення в розумінні утворення в Києві підготовки середнього санперсоналу, зокрема помсанлікарів і вакцинаторів.

б) У зв'язку із загрозою розвинення поразитарних тифів утворити пересувний лазнево-пральний загін;

в) Тримати твердий курс на оздоровлення річки, що біля неї розташовані шкірзаводи. Ужити всіх заходів, щоб примусити шкіртрест збудувати очисне встаткування й притягти адміністрацію до судової відповідальности в показовому порядкові,

III. ОБ'ЯВИ.

Конкурси на заміщення посад інтернів.

Наркомздоров'я оголошує конкурси на заміщення посад інтернів за такими спеціяльностями:

I. На ортопедистів:

Харків	2 місця
Київ	1 „
Тривалість інтернатури	3 роки

II. На рентгенологів:

Київ	2 місця
Тривалість інтернатури	2 роки

III. На ляринґологів:

Одеса	2 місця
Тривалість інтернатури	2 роки

IV. На офталмологів:

Харків	2 місця
Тривалість інтернатури	2 роки

V. На венерологів:

Харків 2 місця
Тривалість інтернатури . . . 2 роки

VI. На фтизіятрів:

Харків 2 місця
Одеса 1 місце
Тривалість інтернатури . . . 2 роки

VII. На хірургів:

Одеса 2 місця
Тривалість інтернатури . . . 2 роки

VIII. На психіятрів:

Харків 2 місця
Київ 1 місце
Тривалість інтернатів . . . 2 роки

IX. На епідеміологів:

Харків 2 місця
Тривалість інтернатури . . . 1 рік

X. На профгігієністів:

Харків 2 місця
Дніпропетровське 2 місця
Київ 1 місце
Тривалість інтернатури . . . 1 рік

XI. На санхарчовиків:

Харків 1 місце
Одеса (Харч ін-т) 1 місце
Тривалість інтернатури . . . 1 рік

XII. На санжитлових лікарів:

Харків 1 місце
Київ 1 місце
Тривалість інтернатури . . . 1 рік

XIII. На маляріологів:

Харків 2 місця
Тривалість інтернатури . . . 1 рік

XIV. На бактеріологів:

Харків 2 місця
Тривалість інтернатури, . . . 2 роки

XV. На лінарів оздоровдиту.

Київ 2 місця
Харків 2 місця
Тривалість інтернатури . . . 2 роки

XVI. На промислово-санітарних лікарів:

Харків 1 місце
Дніпропетровське 1 місце
Тривалість інтернатури . . . 1 рік

Умови: зарплатня—80 карб. на місяць, гуртожитку не надається.

Особи, що бажають посісти місця інтернів. мають подавати заяви з копіями документів, до конкурсної комісії при НКОЗдоров'я (Харків, Буд. Держпрому, 6 під'їзд)

Копії повинні бути засвідчені нотаріяльно, або радянськими установами, або профспілками.

Примітка: документи після конкурсу не повертатимуться.

До заяви треба додати автобіографію, копію диплома, посвідчення про складання іспиту з укр. мови; підписку про зобов'язання відслужити за вказівками НКОЗ (по всіх місцевостях, не виключаючи села), згідно з постановою РНК від 16-IX-24 р. з розрахунку $1^1/_2$ роки служби за 1 рік інтернатури, а також анкету за такою формою:

1. Прізвище, ім'я та по батькові.
2. Вік.
3. Сімейний стан.
4. Коли та який медичн. Виш скінчив.
5. За яким фахом працював,
6. Де працює тепер.
7. Робота на периферії, який час й на якій посаді.
8. Який час працював у Червоній Армії.
9. Як Ви лічитесь на військовому обліку (для чоловіків).
10. З якого терміну є членом профспілки.
11. Партійність.
12. Громадський стаж.
13. Хто рекомендує (профспілка, окрздоровінспектура).

Останній термін подачі заяв—15 лютого 1930 року.

Осіб, що їх обрано на інтернів та що не з'явилися протягом 2 тижнів до місця переведення інтернатури, буде виключено і на те місце буде призначено кандидатів.

Оголошується конкурс на заміщення посади 2 наукових співробітників до Сан. освітвідділу Інституту Патології та Гігієни Праці в м. Харкові.

Умови: Стаж в галузі проф, гігієни не менш 3 років. Бажано сан. освітній стаж. Утримання 160 крб. на місяць.

Особи що, бажають взяти участь у конкурсі, мають подавати заяви, життєпис, копію диплома, копії довідок про службу - до загального відділу НКЗдоров'я.

Останній термін подачі заяв 15 лютого 1930 р.

Адреса: Будинок Держпрому 6 під'їзд, 3 поверх—НКЗдоров'я.

Привітання Народньому Комісаріяту Здоровоохорони.

Наукова Конференція Венерологічного інституту імени Главче разом з робітниками металістами великих заводів Іллічовського району м. Одеси, зібравшись у районовому клюбі металістів імени Іванова палко привітає Народній Комісаріят здоровохорони України й вважає, що в сучасний історичний момент, коли по всій країні провадиться велике соціялістичне будівництво й реконструкція всього народнього господарства, єднання праці та науки є необхідною умовою для перемоги всіх труднощів, що стоять на шляху виконання п'ятирічного пляну.

Конференція відзначає, що через поліпшення матеріяльного становища робітничої кляси й умов побуту, а також дякуючи радянській системі боротьби з соціяльними хворобами, значно зменшилась кількість свіжих захворувань на сифіліс і намічається зменшення захворувань на гонорею.

Конференція впевнена, що в наслідку соціялістичного будівництва та нестомної праці органів Народнього Комісаріяту Здоровохорони вдасться добитися ще більших успіхів у справі оздоровлення труду та побуту, що так треба для перемоги соціялізму.

Хай живе єднання труду та науки!

Хай живе Народній Комісаріят Здоровохорони!

31 грудня 1929 р. Голова конференції *Хорошін.*

Відповідальний редактор *С. І. Канторович.*

Держтрест „Харполіграф" Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 714. Прим. 2.500.

IV. Інфекційні захорування по округах УСРР за листопад 1929 р.

ОКРУГИ	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обмад та круп Diphtheria et croup
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Артемівська	822 405	315	19	—	—	11	443	—	934	511	215	55
2. Бердичівська	761 175	212	3	3	—	10	8	—	682	239	58	87
3. Білоцерківська	886 087	186	10	2	—	6	11	—	52?	274	207	104
4. Вінницька	795 629	241	16	6	1	36	12	—	395	272	120	86
5. Волинська	722 289	200	11	8	—	26	5	—	326	402	141	81
6. Глухівська	566 111	31	1	4	—	4	76	—	252	167	118	79
7. Гуманська	920 462	277	5	8	—	3	20	—	504	420	94	105
8. Дніпропетровська	1 387 606	448	70	4	—	148	821	—	334	1191	258	217
9. Запорізька	573 883	180	7	—	—	25	283	—	208	149	270	32
10. Зінов'ївська	802 244	292	12	3	—	38	191	—	313	393	145	26
11. Ізюмська	394 951	98	—	2	—	4	305	—	215	316	104	25
12. Кам'янецька	549 209	158	8	5	—	6	10	—	136	390	3	264
13. Київська	1 693 547	284	21	10	1	16	71	1	1 221	644	304	401
14. Конотіпська	673 800	113	4	5	—	3	61	—	174	271	132	81
15. Коростенська	543 248	107	1	4	6	13	3	—	186	52	122	27
16. Кременчуцька	812 516	148	13	3	—	14	289	—	176	460	144	76
17. Криворізька	601 611	143	8	..	—	57	676	—	374	406	105	62
18. Куп'янська	445 864	102	—	2	—	5	91	—	309	160	68	43
19. Лубенська	580 837	17	3	17	—	3	37	—	170	89	130	33
20. Луганська	671 206	510	8	1	—	37	542	—	352	680	255	37
21. Маріупільська	449 007	101	—	—	—	—	285	—	164	320	155	51
22. Мелітопільська	775 229	230	9	2	—	56	628	1	125	334	142	95
23. Миколаївська	520 738	209	6	1	—	18	127	1	647	389	146	31
24. Могилівська	531 748	64	9	6	—	4	25	—	121	207	48	98
25. Ніженська	483 617	50	21	2	—	5	88	—	605	183	191	30
26. Одеська	948 123	468	13	22	—	30	115	—	225	391	40	119
27. Першомайська	686 416	189	8	1	—	25	37	1	158	475	27	103
28. Полтавська	1 121 502	119	6	20	—	—	355	—	742	450	182	85
29. Прилуцька	522 795	42	2	8	—	7	42	—	200	97	49	28
30. Проскурівська	587 051	90	3	2	—	5	6	—	486	316	78	86
31. Роменська	547 033	72	4	4	—	8	48	—	768	116	207	73
32. Сталінська	750 857	592	14	1	—	49	433	—	619	316	227	62
33. Старобільська	500 872	73	1	—	—	4	211	—	489	342	44	44
34. Сумська	734 236	103	2	4	—	5	72	—	480	316	342	69
35. Тульчинська	723 460	178	2	—	—	15	23	—	615	517	43	92
36. Харківська	1 671 018	571	19	16	—	8	486	—	1 211	1206	459	209
37. Херсонська	606 596	220	15	3	2	74	1 409	1	312	400	48	63
38. Чернігівська	544 697	39	—	1	—	—	41	1	161	287	48	94
39. Шевченківська	1 176 529	190	12	4	—	22	78	—	216	141	162	52
40. Шепетівська	684 143	141	1	3	—	10	6	—	795	82	19	84
41. АМСРР	593 200	278	25	2	1	44	184	—	408	135	168	50
Разом	30 363 547	8 084	392	189	11	854	86 24	6	17331	14506	5 818	3537
Залізниці: 1. Південні	—	45	4	—	—	4	85	—	133	98	73	44
2. Донецькі	—	10	—	2	—	—	77	—	196	114	34	6
3. Південно-Західні	—	47	1	—	—	7	24	—	363	124	52	44
4. Катеринівські	—	42	6	—	—	5	109	—	224	97	42	13
Разом	—	144	11	2	—	16	295	—	916	433	201	107
Всього по УСРР за листопад 1929 р.	30 363 547	8 228	403	191	11	870	8 919	6	18247	14939	6 019	3644
Всього по УСРР: Жовтень 1929 р.	30 363 547	12054	555	176	8	1348	14814	4	12164	18352	6 838	3788
Листопад 1928 р.	29 885 719	3864	274	232	5	718	9 076	18	12603	9188	5 570	2110

ОКРУГИ	Грип Influenza	Рівачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця міжк.-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	В т. ч.: Сифіліс I Syphilis I	В т. ч.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	2 850	33	—	1	—	2	—	—	344	98	104	5	34	46	253	—	247	471
2. Бердичівська	1 302	18	—	6	—	1	—	—	270	137	46	5	4	3	37	5	56	287
3. Білоцерківська	989	39	2	6	—	4	—	1	360	68	75	4	20	2	42	4	149	233
4. Вінницька	2 150	14	—	—	—	2	—	2	304	49	48	4	24	4	65	1	51	428
5. Волинська	737	102	—	2	—	—	—	1	250	91	46	6	15	4	64	3	38	447
6. Глухівська	880	28	1	2	—	—	—	—	295	48	70	6	27	3	54	—	49	473
7. Гуманська	1 458	24	7	2	—	12	—	4	374	68	117	4	37	2	85	2	138	209
8. Дніпропетровська	6 325	59	4	14	—	11	—	1	908	319	170	19	49	26	269	—	640	650
9. Запорізька	1 621	8	3	1	—	6	—	1	200	82	68	5	18	11	92	2	151	186
10. Зінов'ївська	818	4	—	2	—	4	—	3	240	44	97	5	10	24	111	1	175	283
11. Ізюмська	570	22	—	—	—	2	—	—	124	35	51	1	2	4	57	1	138	860
12. Кам'янецька	609	14	—	1	—	4	—	1	158	101	20	—	4	—	44	—	26	172
13. Київська	5 556	144	—	10	—	2	1	3	1 408	458	419	40	222	84	534	2	292	770
14. Конотіпська	1 602	10	—	1	—	1	—	—	413	96	56	9	26	—	53	1	88	483
15. Коростенська	961	66	2	—	—	—	—	—	252	42	27	6	3	1	71	—	50	609
16. Кременчуцька	775	39	—	1	—	1	—	—	385	159	107	2	7	13	90	—	179	185
17. Криворізька	1 895	26	—	—	—	—	—	1	261	36	45	3	25	4	73	—	156	379
18. Куп'янська	594	19	1	—	—	6	—	—	.121	30	51	2	11	—	41	1	97	598
19. Лубенська	794	2	—	1	—	4	—	2	197	35	32	2	7	1	34	—	65	147
20. Луганська	3 257	87	—	—	—	5	—	—	285	52	117	14	31	15	164	—	162	407
21. Маріупільська	1 109	26	—	1	—	8	—	—	365	151	69	7	21	8	82	—	197	507
22. Мелітопільська	1 055	41	1	3	—	15	—	1	291	21	75	24	5	4	85	—	253	597
23. Миколаївська	1 398	5	1	1	—	6	—	1	193	140	50	3	9	11	136	1	98	301
24. Могилівська	717	11	—	1	—	2	—	1	180	43	61	2	9	1	27	2	8	156
25. Ніженська	957	13	1	7	—	2	1	1	338	85	28	3	10	3	29	—	72	297
26. Одеська	1 090	13	2	1	—	12	—	1	551	117	338	23	8	101	381	—	103	340
27. Першомайська	671	21	—	3	—	5	—	1	216	65	48	1	8	14	64	2	60	147
28. Полтавська	1 977	45	—	4	—	4	—	1	503	207	72	8	5	14	118	2	205	653
29. Прилуцька	560	3	—	3	—	3	—	2	247	47	68	2	21	5	25	—	65	156
30. Проскурівська	523	2	—	2	—	6	—	—	123	43	29	5	5	1	51	—	8	242
31. Роменська	887	17	—	1	—	2	—	1	215	29	50	1	27	1	36	—	105	153
32. Сталінська	2 952	100	—	—	—	8	—	—	412	132	202	30	11	36	194	4	210	324
33. Старобільська	604	42	2	1	—	3	—	—	97	29	81	3	5	—	113	1	85	805
34. Сумська	1 857	21	—	2	—	4	1	—	577	50	113	1	9	—	69	—	197	500
35. Тульчинська	949	15	—	2	—	15	—	5	263	68	106	9	19	3	52	4	49	161
36. Харківська	4 930	32	3	—	—	6	—	—	1 067	360	284	20	73	63	350	—	699	2 433
37. Херсонська	1 498	28	—	3	—	8	—	1	446	113	115	23	25	11	127	2	2?9	341
38. Чернігівська	749	4	—	1	—	6	—	1	304	76	28	—	7	1	40	—	57	418
39. Шевченківська	1 117	116	—	5	—	2	—	—	736	183	142	5	12	17	95	3	266	482
40. Шепетівська	583	20	—	—	—	—	—	3	235	99	84	7	24	4	50	1	52	357
41. АМСРР	967	42	—	1	—	9	1	4	247	30	90	7	16	20	119	5	107	197
Разом	62 883	1375	30	92	—	193	4	44	14755	4 136	3 899	326	905	565	4476	50	6112	17644
Залізниці: 1. Південні	1 579	4	—	—	—	—	—	—	319	124	64	8	7	19	83	—	29	123
2. Донецькі	917	—	—	—	—	—	—	—	152	16	37	2	10	15	66	—	30	71
3. Південно-Західні	2 141	1	—	—	—	1	—	—	170	35	54	14	4	21	69	—	6	146
4. Катеринівські	1 723	—	—	—	—	2	—	—	103	22	35	10	17	8	67	—	25	129
Разом	6 360	5	—	—	—	3	—	—	744	197	190	34	38	63	285	—	90	469
Всього по УСРР за листопад 1929 р.	69 243	1380	30	92	-	196	4	44	15499	4333	4089	360	943	628	4761	50	6202	18113
Всього по УСРР: Жовтень 1929 р.	64 843	3501	27	111	2	282	9	111	16931	4 447	4 738	406	1059	683	5153	49	7456	16026
Листопад 1928 р.	67 996	760	20	85	—	196	7	40	17386	4 977	4 574	507	232	375	5097	68	6956	23854

Інфекційні захорування по округових містах УСРР за листопад 1929 р.

Округові міста	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Артемівське	41 088	3	2	—	—	1	5	—	7	34	10	1
2. Бердичів	61 734	45	1	—	—	1	2	—	202	29	—	9
3. Біла Церква	43 904	17	3	—	—	—	—	—	21	26	27	4
4. Вінниця	60 424	67	8	2	—	—	—	—	8	42	4	2
5. Глухів	17 436	2	—	—	—	1	—	—	23	8	2	4
6. Гумань	47 186	48	1	3	—	—	2	—	135	45	15	7
7. Дніпропетровське	268 138	189	28	4	—	45	266	—	74	322	96	84
8. Житомир	84 546	47	4	—	—	—	1	—	8	52	4	9
9. Запоріжжя	69 166	46	—	—	—	5	65	—	29	14	74	5
10. Зінов'ївське	73 679	29	7	—	—	2	2	—	115	40	24	2
11. Ізюм	10 793	—	—	—	—	—	62	—	—	5	3	—
12. Кам'янець	34 011	6	1	—	—	—	1	—	—	47	—	6
13. Київ	583 334	205	17	6	—	—	6	—	255	400	61	202
14. Конотіп	35 032	6	2	—	—	—	7	—	1	·	3	2
15. Коростень	15 508	12	—	—	—	3	—	—	5	7	8	—
16. Кременчук	61 332	38	7	1	—	7	123	—	14	62	13	13
17. Кривий-Ріг	40 647	12	2	—	—	7	74	—	89	15	8	1
18. Куп'янське	16 559	5	—	1	—	—	15	—	36	4	—	1
19. Лубні	22 202	5	2	—	—	1	—	—	1	10	1	4
20. Луганське	79 327	34	1	—	—	7	21	—	74	111	26	3
21. Маріуполь	46 901	8	—	—	—	—	25	—	9	44	32	10
22. Мелітопіль	28 826	25	4	—	—	—	5	—	2	7	2	12
23. Миколаїв	112 786	74	4	1	—	5	4	—	114	101	52	7
24. Могилів	24 546	10	—	1	—	—	8	—	1	7	—	2
25. Ніжен	40 972	7	14	1	—	—	21	—	523	27	14	9
26. Одеса	485 683	300	11	18	—	—	30	—	56	234	—	83
27. Першомайське	33 205	18	2	—	—	1	2	—	9	36	—	6
28. Полтава	95 978	31	1	—	—	—	19	—	6	90	10	22
29. Прилука	28 391	6	1	—	—	3	4	—	4	14	1	4
30. Проскурів	33 559	9	1	—	—	—	—	—	—	13	15	—
31. Ромен	27 247	1	2	—	—	—	17	—	45	27	21	23
32. Сталіне	145 323	229	1	—	—	11	85	—	10	122	26	18
33. Старобільське	15 337	5	—	—	—	—	1	—	17	2	—	—
34. Суми	46 645	5	2	1	—	1	11	—	79	65	3	5
35. Тульчин	18 456	5	—	—	—	2	1	—	2	2	—	—
36. Харків	432 801	236	11	6	—	—	23	—	64	402	58	124
37. Херсон	77 279	51	7	—	—	10	154	—	148	88	2	5
38. Черкаси	48 124	10	1	1	—	—	6	—	2	15	—	4
39. Чернігів	37 822	8	—	—	—	—	1	—	39	36	1	10
40. Шепетівка	18 422	6	—	—	—	—	—	—	3	—	1	3
41. Тираспіль	24 871	11	1	—	—	9	9	—	—	29	25	—
Всього по окрмістах УСРР за листопад 1929 р.	**3 489 220**	**1 871**	**149**	**46**	**—**	**122**	**1 078**	**—**	**2 230**	**2634**	**642**	**706**
Всього по окрмістах УСРР за жовтень 1929 р.	3 489 220	3 188	219	41	1	211	1 879	—	1 019	3639	726	744
Всього по окрмістах УСРР за листопад 1928 р.	3 315 186	731	84	55	—	103	1 426	—	2 058	2157	632	355

Округові міста	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: в тому числі Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: в тому числі Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	314	1	—	—	—	—	—	—	13	9	16	—	16	4	34	—	4	6
2. Бердичів	484	—	—	—	—	—	—	—	50	71	19	1	1	1	19	—	20	5
3. Біла Церква	20	—	—	—	—	—	—	—	36	19	5	—	—	2	15	—	4	5
4. Вінниця	804	—	—	—	—	—	—	—	60	4	19	3	6	—	39	—	—	52
5. Глухів	4	—	—	—	—	—	—	—	85	10	22	3	2	2	20	—	—	15
6. Гумань	338	1	—	—	—	—	—	—	35	7	10	1	2	1	21	—	38	15
7. Дніпропетровське	3 411	1	2	10	—	1	—	1	580	224	94	6	15	25	164	—	112	28
8. Житомир	89	2	—	—	—	—	—	—	33	15	14	1	1	1	17	—	7	30
9. Запоріжжя	974	—	1	—	—	—	—	—	69	46	22	1	3	9	38	—	45	8
10. Зінов'ївське	109	—	—	—	—	—	—	1	55	3	13	1	3	14	46	—	23	31
11. Ізюм	4	—	—	—	—	—	—	—	4	9	2	—	—	1	4	—	4	2
12. Кам'янець	119	1	—	—	—	—	—	—	23	47	9	—	—	—	17	—	1	26
13. Київ	4 076	—	—	8	—	2	1	2	903	366	353	28	189	77	451	—	91	138
14. Конотіп	272	—	—	—	—	—	—	—	60	57	31	5	8	—	24	—	4	27
15. Коростень	154	—	—	—	—	—	—	—	17	7	3	—	—	1	14	—	—	36
16. Кременчук	196	—	—	—	—	—	—	—	218	126	34	1	2	9	43	—	1	25
17. Кривий-Ріг	238	1	—	—	—	—	—	1	42	6	3	—	3	2	5	—	13	23
18. Куп'янське	100	—	—	—	—	—	—	—	20	16	1	—	—	—	5	—	2	6
19. Лубні	36	—	—	—	—	—	—	—	27	14	4	—	—	—	8	—	1	2
20. Луганське	534	—	—	—	—	—	—	—	36	22	49	2	4	5	43	—	24	45
21. Маріуполь	321	1	—	—	—	2	—	—	142	63	18	4	5	1	23	—	15	7
22. Мелітопіль	33	—	—	—	—	—	—	—	17	1	23	16	1	1	40	—	—	27
23. Миколаїв	881	—	—	1	—	—	—	—	77	117	35	1	5	9	101	—	30	19
24. Могилів	67	—	—	—	—	1	—	—	52	10	6	—	—	—	7	—	1	15
25. Ніжен	280	—	—	3	—	1	1	—	98	32	7	—	2	1	13	—	12	44
26. Одеса	334	2	1	—	—	3	—	1	388	106	315	23	8	100	359	—	18	98
27. Першомайське	46	1	—	—	—	—	—	—	78	39	19	1	4	10	17	1	16	9
28. Полтава	158	1	—	—	—	—	—	—	99	110	17	4	—	13	30	—	12	23
29. Прилука	100	—	—	—	—	—	—	1	40	18	31	2	12	1	12	—	5	9
30. Проскурів	83	—	—	—	—	—	—	—	14	8	10	2	—	—	21	—	—	15
31. Ромен	331	—	—	—	—	—	—	—	24	10	5	—	1	—	15	—	15	10
32. Сталіне	369	53	—	—	—	1	—	—	125	36	59	8	2	17	66	—	65	44
33. Старобільське	29	—	—	—	—	—	—	—	7	2	1	—	—	—	—	—	2	10
34. Суми	520	—	—	—	—	—	—	—	312	5	7	—	—	—	19	—	9	17
35. Тульчин	55	—	—	—	—	—	—	—	4	—	8	1	2	—	9	—	4	16
36. Харків	935	2	—	—	—	3	—	—	266	188	154	7	4	55	254	—	1	102
37. Херсон	749	7	—	1	—	1	—	—	123	82	40	8	7	6	67	—	28	20
38. Черкаси	220	4	—	1	—	—	—	—	137	64	11	1	3	10	20	—	4	16
39. Чернігів	37	—	—	—	—	—	—	—	74	44	19	—	—	1	33	—	2	6
40. Шепетівка	95	—	—	—	—	—	—	—	35	31	7	2	2	—	12	—	—	4
41. Тираспіль	151	—	—	1	—	2	—	—	22	1	11	2	4	1	25	—	14	16
Всього по окрмістах УСРР за листопад 1929 р.	**18 070**	**78**	**4**	**25**	**—**	**17**	**2**	**7**	**4 500**	**2 045**	**1 526**	**135**	**317**	**380**	**2 173**	**1**	**652**	**1 052**
Всього по окрмістах УСРР за жовтень 1929 р.	12 251	169	7	30	1	23	4	7	4 932	1 883	1 727	120	254	462	2 318	2	646	1106
Всього по окрмістах УСРР за листопад 1928 р.	12 497	18	3	23	—	11	—	1	5 053	2 211	1 581	192	318	245	2 094	—	922	1197

У.К.П.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромислов. Корпус „Б", 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка". Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 3 | 20 лютого 1930 року | № 3

Державна Центр. Наукова Бібліотека ... Харків

ЗМІСТ

I. Постанови Робітничо-Селянського Уряду. 21. Об изменении инструкций о пенсионном обеспечении работников просвещения и медицинских и ветеринарных работников. 22. Про пожвавлення роботи комісій охорони материнства й дитинства.

II. 23. **Резолюція Президії ВУРПС на доповідь Наркомздоров'я.**

III. Розпорядження Наркомздоров'я. Організаційна частина. 24. Про зарахування лікарям лікпомівського та зуболікарського стажу. 25. Про заходи боротьби з шинкарством. Лікувально-профілактична справа. 26. Про курортну кампанію серед контингенту Соцзабезу в 1930 році. 27. Про склад окр. бюдж. нарад. 28. Про медпостачання лікустанов транспорту через єдині аптеки. — Сан-епід справа 29. Про санітарно-епідемічне обслуговування колгоспів. — Саносвіта. 30. Про зв'язок із кооперацією та саносвітроботу серед кооперованого населення. 31. Про обслідування та перевірку бібліотек по лікарнях. 32. Організація секцій саносвіти в науково-медичних т-вах. 33. Про розповсюдження журналу „Труд і Здоров'е". Охматдит 34. Про округові пересувні дитячі консультації споживчої кооперації. 35. I. Положення про округову пересувну консультацію споживчої кооперації. II. Кошторис округової пересувної консультації. III. Плян роботи пересувної консультації споживчої кооперації.

IV. Із діяльности НКОЗ та його відділів. 1. Справа обслуговування соц. сектора на селі. 2. Про майбутній Всеукраїнський З'їзд офтальмологів. 3. Про II Всесоюзний З'їзд офтальмологів. 4. II о Всесоюзний З'їзд фізіологів у м. Харкові. 5. Колегія Наркомздоров'я на Артемівщині. 6. Справи будівництва медсанустанов. 7. Сесія Всеукраїнської санітарної ради.

V. Об'яви: а) конкурси, б) різні, в) привітання НКОЗУ.

Додаток. Статут Т-ва пропаганди та організації здорового народнього харчування (Прознархарч).

I. ПОСТАНОВИ РОБІТНИЧО-СЕЛЯНСЬКОГО УРЯДУ

21. Об изменении инструкций о пенсионном обеспечении работников просвещения и медицинских и ветеринарных работников *

Постановление НКТ СССР от 8 января 1930 г., № 7

НКТ СССР постановил:

1. Примечание к ст. 19 инструкции НКТ СССР от 11 октября 1929 г., № 331 о порядке применения постановления ЦИК и СНК СССР от 3 июля 1929 г. о пенсионном обеспечении работников просвещения за выслугу лет („Известия НКТ СССР", 1929 г., № 45—46) и примечание к ст. 17 инструкции НКТ СССР от 3 ноября 1929 г., № 348 о порядке применения постановления ЦИК и СНК от 25 сентября 1929 г. о пенсионном обеспечении медицинских и ветеринарных работников в сельских местностях и рабочих поселках за выслугу лет („Известия НКТ СССР", 1929 г., № 48—49) изложить в следующей редакции:

*) Див. Бюл. НКОЗ ч. 31—33.

„Примечание. Если лицо, получающее пенсию по случаю потери супруга, вступило в новый брак, то это не лишает его права на дальнейшее получение пенсии“.

2. Лицам, которые лишились пенсии вследствие вступления в новый брак, выплата пенсии должна быть возобновлена со дня подачи заявлсния об этом, но не ранее, чем с 1 января 1930 года.

Зам. народного комиссара труда СССР *Толстопятов*

За нач. Цусстраха НКТ СССР *Энгель*

22. Про пожвавлення роботи комісій охорони материнства й дитинства.

До всіх Окрвиконкомів та ЦВК АМСРР

Копія окрінспектурам охорони здоров'я

Існуючі при сільських радах комісії культосвітні та охорони материнства й дитинства, не зважаючи на значну ролю їх підчас соціялістичної перебудови побуту на селі, за відомостями, що надходять до Секретаріяту ВУЦВК працюють кволо. Причиною цього з'являється, як недостатня увага до роботи цих комісій з боку керуючих органів влади, як і відсутність досить конкретних завдань, що їх ставиться перед сільськими радами і їх комсіями в царині охорони материнства й дитинства.

Між тим соціялістична реконструкція сільського господарства, в умовах найбільшого охоплення соціялістичного сектора села, вимагає звернути виключну увагу на охорону матері-селянки, незаможниці, наймички, селянки та на її дитину.

В цьому напрямкові сільські ради і повинні переводити практичну роботу, розгорнувши її через свої комісії Охматдиту з притягненням до участи в них широких кіл працюючих.

Щоб поліпшити роботу зазначених комісій слід крім заходів, що їх вживається для пожвавлення роботи комісій сільських рад взагалі, поставити перед комісіями Охматдит декілька конкретних завдань та допомогти їм у виконанні цих завдань, а опріч того простежити за тим, щоб покладені на комісії завдання дійсно проводились в життя.

На найближчий рік слід запропонувати такі конкретні завдання:

1. Здійснення допомоги вагітній матері-селянці, організація акушерських пунктів та участь в реалізації фонду допомоги матері-селянці.
2. Організація ясельної та дитячої оздоровчої кампанії.
3. Організація гарячих сніданків по школах.

Для здійснення цих завдань не досить лише коштів, що їх відпускається на це державою, але треба звернути також і до самодіяльности бідняцько-середняцьких мас села, притягнувши останні до участи у витратах на зазначені заходи. Але в цьому випадкові слід суворо додержуватися встановленого законом про доброхітні збори й пожертви (Зб. Зак. СРСР 1924 р., № 8, арт. 81, 1927 р., № 51, арт. 509 і 1929 р., № 61, арт. 560) порядку й переводити такі збори й пожертви лише з дозволу в кожному окремому випадкові округового виконавчого комітету.

Поруч цього слід використати також кошти, що їх відпускається на ці потреби селянськими товариствами взаємодопомоги, кооперативними організаціями, товариствами ДД і інш.

Звертаючи на це увагу округових виконавчих комітетів, Секретаріят ВУЦВК'у пропонує з приводу цього вжити відповідних заходів і про наслідки надіслати відомості до Оргінстру ВУЦВК.

Вик. Об. Секретаря Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету *Е. Горлинський*

За Завідателя Організаційно-інструкторського відділу ВУЦВК'у *Калита*

(14 січня 1930 р. Спр. № 1121).

II. 23. РЕЗОЛЮЦІЯ ПРЕЗИДІЇ ВУРПС НА ДОПОВІДЬ НАРКОМЗДОРОВ'Я

1. Президія ВУРПС, заслухавши доповідь Наркомздоров'я УСРР — тов. Канторовича „Про стан охорони здоров'я на Україні та меддопомогу застрахованим“, констатує, що відповідно до постанови ВУРПС з 30 березня 1929 року є помітне зрушення роботи Наркомздоров'я щодо поширення та поліпшення меддопомоги робітникам в промислових районах. Проте, розвиток охорони здоров'я ще значно відстає від загального зростання еконо-

міки всієї країни, зокрема в промислових районах. Тимчасом завдання індустріялізації країни вимагають швидших темпів зростання санітарної та лікувально-профілактичної мережі, підвищення санітарно-культурного рівня населення в умовах ще незадовільного санітарного стану залюднених місць, особливо в промислових районах та центральних містах.

Мережа лікувальних профілактичних установ в промислових районах, зокрема в округах Донбаса ще далеко не задовольняє потреб робітників, як кількістю, так і якістю, недосить розгорнуто нове медико-санітарне будівництво. Здоровоохорона ще не охопила усуспільнений сектор сільського господарства, що значно гальмує оздоровлення й поліпшення умов побуту та праці в колективному секторі.

Недоліки особливо гостро відчувається в промислових округах, зокрема в Донбасі, де кепське недопостачання надмірне ущільнення населення поруч з незадовільним станом охорони праці призводять до збільшення загальної захворувальности та травматизму. Особливою загрозою для промисловости є наявність інфекційних захворувань (черевний тиф, дизентерія та вогнища висипного тифу). Недосить розвинено допомогу вдома, ліжкову допомогу, ще недосить наближено амбуляторну допомогу до робітників; не дивлячись на відкриття нових 63 пунктів першої допомоги, не всі підприємства мають пункти першої допомоги, особливо на підприємствах гірничої промисловости. Меддопомога в пунктах першої допомоги та допомога на дому, яка повинна надаватись лікарями, в багатьох випадках надається ще лікпомами.

Місцеві органи охорони здоров'я ще надзвичайно мало працюють для поліпшення постановки роботи існуючої мережі, зокрема нічого не зробили для усунення черг в поліклініках і амбуляторіях, раціоналізаційної роботи жодної не провадять, нема дбайливого і раціонального ставлення до устаткування лікарських установ та правильної розстановки медперсоналу. Кепсько поставлено роботу щодо раціональнішого витрачання тих недостатніх коштів, які мають органи охорони здоров'я. Недостатній є ще зв'язок органів охорони здоров'я з громадськими та професійними організаціями.

Фінансування з боку органів соцстраху на Україні ввесь час було нижче ніж в РСФРР (в 1928-29 р. по УСРР—22 крб. 87 коп., а по РСФРР—25 крб. 75 коп. на кожного застрахованого), що звичайно впливало на стан медично-санітарного обслуговування робітництва, зокрема Донбасу. Ці умови вимагають, порівнюючи з іншими районами значніших, ніж по інших місцях асигнувань.

Крім того, треба відмітити занадто низьку питому вагу асигнувань з місцевого бюджету на охорону здоров'я в промислових районах, зокрема в Донбасі, де навпаки — значну долю коштів фонду меддопомоги ще досі використовується на не робітників (утримання окружних великих лікарень у Сталіні та Луганському, виключно за рахунок фонду меддопомоги, використання понад 15% робітничих лікарень незастрахованим населенням тощо); зовсім немає асигнувань з місцевого та державного бюджету на будівництво робочих лікарень по промислових районах.

2. Виходячи з основних завдань охорони здоров'я в реконструктивний період всього господарства, Президія ВУРПС визнає, насамперед за потрібне, щоб надалі робота органів охорони здоров'я провадилась з суворим додержуванням клясового принципу, щоб було різко поліпшено медично-санітарне обслуговування Донбасу та інш. промислових районів, а також усуспільненого сектора сільського господарства.

Президія ВУРПС вважає, що на 1929-30 р. треба вжити найрішучіших заходів до поліпшення медично-санітарного обслуговування робітників, а саме:

а) Забезпечити відповідні підприємства пунктами першої допомоги, зокрема утворити пункти при окремих цехах великих підприємств, ураховуючи шкідливість виробництва і великі цехи, цілком охопити пунктами першої допомоги усі великі копальні й поширити організацію підземних пунктів першої допомоги. На чолі всіх пунтів першої допомоги мусять бути обов'язково лікарі. При великих заводах організувати амбуляторії з основними спеціяльностями, в тому числі й зуболікування.

б) Збільшити кількість лікарів для подання меддопомоги вдома, зліквідувавши при цьому подання допомоги вдома фельдшерами.

в) Цілком ліквідувати черги в амбуляторіях і поліклініках, підвищити кваліфікацію лікарів в амбуляторіях і поліклініках, наблизити амбуляторний прийом до робітничих селищ.

г) Провести низку заходів до поліпшення постановки меддопомоги в існуючих стаціонарних установах, зокрема укомплектувати їх потрібними струментами, устаткуванням та м'яким інвентарем. Раціоналізувати харчування хворих і рішуче усунути прогули ліжок, раціональніше їх використовувати, для чого Наркомздоров'я й головсоцстраху опрацювати питання про вилучення хронічно-хворих.

д) Наркомздоров'я в 2-місячний термін розробити плян рішучого переводу обслуговування основних промислових районів меддопомогою, диспансерним порядком, провівши в найближчий час на одному з основних промислових участків цілковитий диспансерний метод обслуговування застрахованих, зробивши цей район основним досвідним пунктом диспансеризації.

е) Поширити саносвітню роботу серед робітництва, забезпечивши роботу клюбів постійними виставками, куточками саносвіти, зокрема в галузі алькоголізму, венеризму й техніки безпеки, ув'язавши всю санітарно-освітню роботу з втіленням гігієнічних звичок населенню у згоді з перебудовою побуту на соціялістичний лад (раціональне харчування, режим відпочинку, громадська й індивідуальна гігієна тощо).

ж) Наркомздоров'я вжити рішучих заходів до ліквідування вогнищ епідемій (черевний висипний тиф, малярія й інш.), особливо в Донбасі та інших промислових округах в першу чергу поширивши санітарно-епідемічні організації (дезінфекційна справа, прививки, збільшення малярійних станцій тощо).

з) Запропонувати Наркомздоров'ю для поліпшення меддопомоги застрахованим на транспорті приступити до об'єднання подання амбуляторної і ліжкової меддопомоги в основних промислових округах, в залізничних і водних участках.

3. Пристосувати роботу всієї лікарсько-профілактичної мережі, зокрема амбуляторії поліклінік, пунктів першої допомоги і ясел до обслуговування всього робітництва, зміни на підприємствах у зв'язку з безперервною роботою і переходом підприємств на 6 й 7-годин. робітний день.

4. Вжити рішучих заходів до всебічного поширення й поліпшення медично-санітарного обслуговування радгоспів, зокрема до охоплення пунктами першої допомоги. Поширити заходи до охоплення лікувально-профілактичною допомогою наймитів, що працюють в індивідуальних господарствах і сільських громадах.

5. Відмічаючи велику недостатність ліжкової допомоги в Донбасі (1 ліжко на 125, а подекуди 1 на 200 застрахованих), запропонувати НКОЗУ розгорнути широке нове медико-санітарне будівництво в Донбасі, у промислових округах та транспорті, особливо в напрямкові будування стаціонарів, звернувши увагу на утворення травматологічних та інфекційних відділів.

Зважаючи на те, що кошти місцевого бюджету, а також фонду меддопомоги не можна в належній мірі обертати на фінансові покриття витрат, зв'язаних з розвитком лікарняного будівництва, не погіршуючи якости меддопомоги, ВУРПС підкреслює, поруч підвищення коштів бюджетів (державного та місцевого), безумовну потребу участи господарчих органів (промисловість, кооперація та інш.) у фінансуванні лікарняного будівництва, а також доручає НКЗдоров'я зняти відповідне клопотання про участь у фінансуванні будівництва медсанустанов Союзного бюджету Цусстраху та Наркомшляхів.

6. Відмічаючи розвиток справи охорони материнства й дитинства, зокрема її мережі, Президія ВУРПС визнає, що це основне завоювання радянської здоровохорони, особливо в промислових округах і в усуспільненому секторі сільського господарства, що недосить розвинено.

Дальшому зростанню мережі установ охматдиту, особливо ж ясел, значно перешкоджає брак відповідних помешкань, не зважаючи на ухвалену в цій справі постанову уряду. Президія ВУРПС ще раз підкреслює потребу повного виконання закону щодо будування госпорганами помешкань для ясел та здійснення чинних законоположень про утримання ясел на підприємствах.

7. Президія ВУРПС вважає за потрібне, щоб надалі все збільшувався зв'язок між органами НКЗдоров'я та проф. і страх. організаціями й доручає НКОЗУ та Головсоцстрахові поглибити спільно роботу по лінії дальшого поліпшення обслуговування меддопомогою застрахованих, зокрема в промислових округах та в усуспільненому секторі сільського господарства.

8. Запропонувати НКЗдоров'я розробити конкретний п'ятирічний плян розвитку охорони здоров'я з диференціяцією основних покажчиків по окремих районах: з загальної п'ятирічки виділити особливо питання про кадри медперсоналу та про нове будівництво, зокрема Наркомздоров'я й Наркомосу разом з культвідд. ВУРПС опрацювати питання про оробочення мед ВУЗ'ів та середніх медшкіл.

9. Доручити ВУК'ові Медсанпраці та оргвідд. ВУРПС разом з Наркомздоров'я опрацювати питання про оробочення органів охорони здоров'я, висунувши на провідну роботу робітників з виробництва, профробітників. Одночасно запропонувати всім спілкам посилити громадськість навколо справи охорони здоров'я та роботи органів здоровохорони, зокрема пожвавити комісії оздоровлення праці й побуту (КОТІБ).

10. Органи НКЗдоров'я мусять щільніше ув'язати свою роботу з виробництвом, провадячи рішучу боротьбу з прогулами, симуляцією, ВУК'ові МСТруда посилити роботу по політичному вихованню медперсоналу та зміцненню труддисципліни.

11. З метою найбільш доцільного й повного використування природних і кліматичних ресурсів республіки, та найбільш доцільного витрачення коштів на будівництво курортів, санаторій та будинків відпочинку признати своєчасним і необхідним об'єднати всі курорти, санаторії і будинки відпочинку в єдину господарчу організацію, яка б знаходилась під пляновим керівництвом та медично-санітарною контролею НКЗдоров'я, з тим, щоб було забезпечено в належній повній мірі участь НКПраці (по соцстраху) в управлінні й керівництві цією об'єднаною організацією,

Доручити НКПраці розробити разом з НКЗдоров'я проекта положення та статута такої об'єднаної організації та не пізніш 15 січня 1930 р. внести ці проекти на обговорення президії ВУРПС.

Затверджено на засіданні Президії ВУРПС—від 30-3—1929 р. протокол ч—593

III. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я.

24. Про зарахування лікарям лікпомівського та зуболікарського стажу

До всіх окрздоровінспектур та медсанупрів

Копія до НКОЗ АМСРР, ЦК УЧХ, ВУК МСТ

Наркомздоров'я за погодженням з ВУК Медсантруд встановлює:

1. Тарифікуючи лікарів колишніх лікпомів, треба попередній лікпомівський стаж зараховувати з розрахунку 1 рік роботи лікпома за 1/2 року роботи лікаря.

2. Тарифікуючи лікарів—одонтологів, колишніх зубних лікарів, треба попередній зуболікарський стаж зарахувати повністю. тобто з розрахунку 1 рік роботи зубним лікарем за 1 рік роботи одонтолога.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

Зав. загальн. відділу *Станіславский*

Погоджено: ВУК МСТ *С. Шевченко*

(Об. розп. НКОЗУ № 7-2 з 27 січня 1930 р.).

25. Про заходи боротьби з шинкарством

До всіх окрпрокурорів, округових судів, окрадмінвідділів, округових інспекторів охорони здоров'я та округових філіялів т-в боротьби з алькоголізмом

У зв'язку з індустріялізацією країни набирає дуже велике значіння постійна, плянова, уперта боротьба з таким правопорушенням, як шинкарство.

У межах розташування промислових підприємств шинкарство доводить до того, що в багатьох родинах, заробітна платня йде не на сприяння колективізації побуту, не на сприяння соціялістичного будівництва, а на руйнацію його, на залишення заробітної платні у шинкарів, на розповсюдження пияцтва, сварок, бійок, хуліганства, іноді поножовщини й, навіть, вбивства.

У шинкарів купують горілку тоді, коли в кожній крамниці не можна її купувати.

Отже, беручи під увагу ту величезну шкоду, що її приносить шинкарство, треба звернути найбільш уваги й своєчасну плянову боротьбу з цим злом.

А тому, НКВС, НКЮ та Наркомздоров'я УСРР пропонують:

Боротьбу з шинкарством адміністративні органи повинні провадити в повсякденній своїй роботі, керуючись п. „н" арт. 72 Адміністративного Кодексу УСРР та постановою НКЮ з 21 лютого 1929 р. „про відповідальність за торгівлю хлібним вином і спиртовими напоями без належного патенту й ламаючи правила про торгівлю" оголошену в наказі Начальника Адмінуправління НКВС № 34 1929 р.

Не треба чекати видання окремих постанов виконкомів щодо боротьби з шинкарством. Для цього досить п. „н" арт. 72 Адмінкодексу та постанови НКЮ з 21 лютого 1929 р. „про відповідальність за торгівлю хлібним вином і спиртовими напоями без належного патенту й ламаючи правила про торгівлю (Зб. Узак. УСРР 2 відділ 1929 р. № 4, арт. 17), що дають права Адміністративним та судовим органам застосовувати (за шинкарство або заходи адміністративного впливу за п. „н" арт. 72 АК), або заходи соціяльної оборони за арт. 130 КК.

Складаючи протоколи на шинкарів, треба додержуватися правил, встановлених обіжником НКВС з 24 лютого 1928 р. за № 15 щодо спису та попереднього арешту майна шинкарів.

Адміністративним органам при викритті шинкарів знайдену у них горілку відбирати, передавати її по цінам заводу до найближчих лавок центроспирту, а гроші за передану горілку передавати місцевим філіям по боротьбі з алькоголізмом, які мусять їх витрачати виключно на боротьбу з цим злом.

Особливу увагу треба звернути на боротьбу з шинкарством у промислових підприємствах, застосовуючи до таких правопорушників найсуворіші заходи адмінвпливу, або заходи соціяльної оборони, згідно з існуючим законодавством.

Застосовуючи заходи адміністративного впливу або заходи соціяльної оборони, треба звернути особливу увагу на клясовий підхід до шинкарів, в кожному разі точно встановлюючи, що саме було причиною незаконної торгівлі даною особою водкою. До злісних шинкарів застосовувати судове висилення та влаштувати показові суди над шинкарями.

Зазначеними заходами впливу треба боротися якнайрішучіше з шинкарством. Але, крім згаданих заходів боротьби з шинкарством, ще важливіше значіння мають запобіжні заходи боротьби з шинкарством, як от:

1) Суворо додержуватися встановлених обмежень існуючим положенням щодо відпуску спиртових напоїв в одні руки з місць їх продажу;

2) Широко розгорнута антиалькогольна аґітація та пропаґанда в робітничих клюбах, в садах, на підприємствах, сільбудинках, з роз'ясненням шкоди від алькоголю для людського організму, організація різних видовищ і розваг, що відволікали б маси пролетаріяту, незаможних селян та середняків від уживання алькоголю, а тим самим були б заходами боротьби з шинкарством;

3) Відкриття чайних, щоб притягати трудящих до заміни алькоголю чаєм та іншими неспиртовими напоями;

4) Щоб здійснити це завдання в сільських місцевостях, обов'язково треба притягати до цієї боротьби з шинкарством сільські ради (адмін.-сан. комісії), комітети незаможних селян, сільські товариства взаємодопомоги, ЛКСМУ, місцеві організації войовничих безвірників, вчителів, лікарів та інших представників сільського активу.

Заст. Народнього Комісара Внутрішніх Справ УСРР *Якимович*

Заст. Народнього Комісара Юстиції
та Генерального Прокурора Республіки *А. Зорін*

Народній Комісар Охорони Здоров'я і Голова Всеукр. антиалькогольного товариства *Канторовіч*

(Спільний обіжний лист НКвнусправ, Наркомюста й Наркомздоров'я 17 грудня 1929 р.)

26. Про склад округових бюджетових нарад*)

До всіх окрздоровінспектур, до інспекторів охор. здоров'я Вінницької та Зінов'ївської округ

Через те, що з місць надсилають запитання про те, в якому складі утворити округові бюджетові фонду меддопомоги в зв'язку з виданням постанови ЦВК та РНК СРСР „про зміну арт. 40 тимчасового положення про фонди соціяльного страхування" (Зб. Уз. СРСР 1929 р. № 66 арт. 622) „Наркомздоров'я пояснює, що за постановою ЦВК та РНК СРСР „про зміну тимчасового положення про фонди соціяльного страхувани" (Зб. Уз. СРСР 1927 р. № 44 арт. 451) склад Центральної Бюджетової наради визначено союзним законодавством, а склад місцевих (округових) нарад визначає законодавство Союзних республік,

Отже, до чинного законодавства УСРР не внесено досі жодних змін щодо складу округових бюджетових нарад фонду меддопомоги, а тому ці наради працюють у складі, передбаченому в п. 4 постанови ВУЦВК та РНК УСРР „про забезпечення застрахованих і членів їхніх родин медичною допомогою" (Зб. Уз. УСРР 1927 р. № 46 арт. 210), цебто в складі окрінспектора охорони здоров'я (Голова Наради) і по одному представнику від округового страхового органу та округової ради професійних спілок.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Зав. Кошт. фін. Частини *Водкін.*

(Об. розп. НКОЗУ № 13-5 з 17 грудня 1929 р.)

*) Див. також бюл. № 34-36 з 1929 р.

27. Про переведення курортної кампанії серед контингенту соцзабезу у 1930 році

До всіх окрінспектур соцзабезу, охорони здоров'я до інспекторів соцзабезу й охорони здоров'я Вінницької та Зінов'ївської округ, директорові Всеукраїнських Політехнічних курсів для інвалідів

Копія до від. Соцзабезпечення, до НКОЗ АМСРР

Розпочинаючи підготовчу роботу щодо переведення курортної кампанії 1930 року серед контингенту Соцзабезу, Наркомсоцзабезу та Наркомздоров'я УСРР повідомляють, що не вважаючи на попередні кампанії та виявлення контингенту хворих, що потребують курортного лікування, цього року доведеться провести таку роботу.

Дати дерективу всім раиінспекторам соцзабезу, аби вони негайно відрядили всіх інвалідів села та міських селищ, що мають потребу в курортному лікуванні, до найближчого лікарського пункту за вказівкою окрінспектури охорони здоров'я, де є кваліфіковані лікарі (обов'язково хірург та терапевт) для освідування.

Зазначені лікарські пункти щоденно, в порядкові біжучої роботи, освідують 2-3 інвалідів, що їх відряджає раиінспектор соцзабезу.

Заповнені санітарно-курортові картки, висновки тощо лікарські пункти негайно передають раиінспекторові соцзабезу, який відбирає матеріяли на тих інвалідів, що потребують курортного лікування та направляє їх до окрінспектури соцзабезу.

В перших числах лютого цього року окрінспектурам охорони здоров'я належить організувати курортно-відборні комісії, що переводять пересвідування інвалідів, які за висновком раилікпунктів потребують курортного лікування.

Окрінспектор Соцзабезу, одержавши матеріяли з районів у справі освідування інвалідів, негайно передає його до округової курортно-відборної комісії, причому інваліди викликаються до цієї комісії для переосвідування тільки за вказівкою комісії.

Висновки з районів на осіб, які посилаються на курмісця, що є в розпорядженні окрсоцзабезу повинні затверджувати окр. курортові комісії.

Переосвідуванню підлягають всі інваліди, що мають потребу в курортному лікуванні незалежно від того, що їх було минулого року освідувано.

Округовим курортно-відборним комісіям при освідуванні інвалідів належить суворо додержуватись загальних показань та протипоказань, що існують для українсько-кавказьких курортів.

Округові курортно-відборні комісії переосвідувавши інвалідів, негайно надсилають свої висновки до окрсоцзабезів, на підставі яких окрінспектури соцзабезу подають не пізніш 1 березня цього року до НКСЗ заявки на потрібні курортні місця за доданою до цього формою. Окрсоцзабези, що у зазначений термін не подадуть заявки — будуть позбавлені курортних місць за розподілом НКСЗ.

Категорично пропонується відбирати на курортне лікування хворих, для яких це лікування є єдино дійсним й доконче потрібним та яких неможливо вилікувати силами й засобами місцевих лік. установ.

Крім того забороняється відряджати як хворих з невигойними, а також хронічними затяжними захоруваннями так і тих, що виявляють лише ознаки перевтоми і мають потребу тільки у відпочинку.

Відбираючи хворих, належить прийняти до неухильного керівництва ось що:

а) Контингент хворих:

1) Інваліди громадянської війни (звернути особливу увагу на інвалідів селян, яким надається половина місць).

2) Інвалідки війни так міста, як і села.

3) Персональні пенсіонери та пенсіонерки, що одержують збільшену пенсію.

4) Жертви контрреволюції (особи, що брали активну участь у революції та громадянській війні).

5) Діти інвалідів громадянської війни персональних пенсіонерів та жертв контрреволюції (цього року буде декілько місць надано у Люстдорфі, в Євпаторії).

б) По міських селищах перевагу надається працюючим інвалідам, причому їх можна відряджати лише в тому разі, коли вони одержують незначну зарплатню і коли крім того каса взаємострахування інвалідів не має можливости відрядити їх за свій рахунок.

6) Щодо співробітників окрінспектур інвалідів громадянської війни, то питання про відрядження їх на курорт розв'язується тільки за попереднім погодженням з НКСЗ.

Опріч зазначених категорій, суворо забороняється відряджати на курорти будь-яких інших осіб.

Крім тих курортних місць, що окрінспектурам Соцзабезу буде надано по держбюджету, окрсоцзабези повинні вжити заходів щодо негайного вишукування коштів на додат-

кове придбання курліжок для інвалідів громадянської війни, переважно червоних партизан і червоногвардійців.

До участи в цій кампанії потрібно притягти комдопи, каси взаємного страхування інвалідів, товариства допомоги й взаємодопомоги та інш. громадські організації. Курортні місця повинні придбати за готівку безпосередньо в Курупрі.

Клопотань з боку окрсоцзабезу в справі надання тому або іншому інвалідові курлікування, а також індивідуальні клопотання інвалідів — Наркомсоцзабез розглядати не буде.

Якщо не буде змоги використати якенебудь курортне місце, окрсоцзабез повинен про це негайно повідомити НКСЗ, повернувши книжку.

Підкреслюється, що за відрядження осіб, які не потрібують курлікування, за використання курknижок для співробітників соцзабезу без дозволу НКСЗ, за використання книжок не за призначенням за несвоєчасне відрядження хворих на курорт, а також за несвоєчасне повернення куркнижок при неможливості її використати — керівники окрінспектур соцзабезу **притягатимуться до відповідальности, як за розтрату державних коштів.**

Цей обіжник протягом тижня пропонується окрсоцзабезам розіслати всім райвиконкомам (райінспекторам соцзабезу).

Додаток: форма заявки.

Народній Комісар Соціяльного Забезпечення *Покорний*

Народній Комісар Охорони Здоров'я *Канторовіч*

(Обіжник Наркомсоцзабезу та Наркомздоров'я УСРР
(НКОЗУ № 89—Л. П. з 7 лютого 1930 р.).

ЗАЯВКА

на курортні місця для інвалідів, що за висновком окр. курортної відборочної комісії мають потребу в курортному лікуванні по ------------------------------ окрузі у 1929-30 р.

Контингент хворих	Визнано до лікування на курорт												
	Кисловодськ	П'ятигорськ	Залізноводськ	Есентуки									
Інваліди гром. війни													
Персональні пенсіонери													
Разом . .													

Увага: До графи „інваліди громадянської війни“ треба включити інвалідів громадянської війни, так міста як і села, інвалідок війни, пенсіонерів, що одержують збільшену пенсію та жертв контрреволюції.

Окрінспектор Секретар

28. Про медпостачання лікустанов транспорту через єдині аптеки

До всіх окрздоровінспектур та МСУ, до Вінницького та Зінов'ївського окрвиконкомів

Копія до НКОЗ АМСРР

Щоб підвищити якість лікової допомоги на транспорті, досягти певної економії коштів та порівнення лікувальних установ транспорту в справі медпостачання з лікустановами місцевого бюджету і фонду меддопомоги застрахованим — Наркомздоров'я вважає за доцільне й своєчасно розпочати поступову передачу медпостачання лікустанов транспорту окраптекоуправлінням через єдину аптеку.

Отже для здійснення вищенаведеного Наркомздоров'я пропонує:

1. Всім медсануправам негайно розпочати опрацьовувати питання щодо передачі медпостачання лікустанов аптекоуправлінням тих округ, на території яких ці лікустанови містяться.

2. Всім окрздоровінспектурам зобов'язати аптекоуправління щодо всілякого сприяння з їхнього боку до максимального охоплення мережею госпрахункових (єдиних) аптек медпостачанням транспортних лікустанов та обслуговуванням застрахованих транспортників ліками за рахунок цих установ.

3. Розрахунки між медсанупрами та аптекоуправлінням треба провадити так само, як й по лінії лікустанов місцевого бюджету й фонду меддопомоги застрахованим.

4. Погоджений з відповідними аптекоуправліннями та затверджений окрздоровінспектурами плян найближчих реальних заходів щодо передачі справи медпостачання транспорту через єдині аптеки, МСУ повинні подати до Наркомздоров'я не пізніш, як до 1 квітня 1930 року.

Наркомздоров'я *Канторович*

Заст. зав. лік. проф. відд. *Кушнір*

ЦВУ *Хармандар'ян*

(Об. розп. НКОЗУ з 18 січня 1930 р. № 71 — л. п.)

29. Про санітарно-епідемічне обслуговування колгоспів

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького й Зінов'ївського окрвиконкомів

Копія НКЗО АМСРР

Відповідно до завдань радянської здоровоохорони в період реконструкції народнього господарства по сільських місцевостях на перше місце висовується завдання яко мога повного медико-санітарного обслуговування соціялістичного сектора на селі, зокрема колгоспів.

Особливу увагу треба звернути на переведення протиепідемічних санітарних і широко оздоровних заходів по колгоспах.

Роботу округової санітарної організації й районових санітарних лікарів потрібно скерувати переважно на обслуговування колгоспів.

Треба врахувати, що в минулому найголовнішою перешкодою для переведення на селі санітарного догляду й санітарно-епідемічних заходів була розпорошеність і неорганізованість сільського населення, й що масова колективізація вперше утворює потрібні передпосилки для успішної сан. оздоровної діяльности на селі.

Конкретно діяльність санітарної організації в цьому напрямку повинна визначитися в таких заходах.

1. По лінії епідемічній. Вичерпуюче віспощеплення, а в разі потреби переведення запобіжних щеплень проти черевного тифу, шкарлятини, обкладу і хінізації. Широка шпиталізація гостро-заразливих хворих по лікувальних закладах або тимчасових бараках.

Обов'язкове епідеміологічне обслідування епідемічних вибухів. Рішучі заходи щодо недопущення по колгоспах епідемії паразитарних тифів і черевного тифу. Боротьба з вошивістю.

2. По лінії санітарній. а) Вживаючи заходів до поширення сан. організації в окрузі—в першу чергу заміщати посади санлікарів та їхніх помічників та організовувати сан.-бак. лябораторії по районах найбільшого розвитку соціялістичного сектора.

б) Дати всім районовим сан.-лікарям директиву про складання ними пляну систематичного відвідування комун та переведення в них санітарної роботи.

в) Організовувати періодичні санітарні обслідування комун в напрямі виявлення загального санітарного стану, умов та якости водопоста-

чання, ступеня загального благоустрою, житлових умов та харчування на підставі цих матеріялів пророблювати конкретні оздоровні заходи, накреслюючи шлях їх здійснення по згоді з окркомгоспом.

г) Найтісніше зв'язати райсанлікарів з комунами через постановку їх доповідей по самих комунах в галузі загально оздоровних заходів у напрямку викликання громадської самодіяльности та ініціятиви в переведенні оздоровних заходів.

д) Ставити по комунах питання про притягнення коштів комун та робочої сили для здійснення тих або інших оздоровних заходів, а саме впорядкування джерел водопостачання, лазневого будівництва, переведення садіння дерев, поліпшення асенізаційної справи.

е) Організувати при окрколгоспі санітарно-гігієнічні консультації в питаннях санітарії та санітарної техніки з влаштуванням виставки для відвідувачів усуспільнених груп сільського населення.

1) По лінії житлової санітарії. а) Налагодити систематичний догляд житлових помешкань при колгоспах, всемірно домагаючись поліпшення житлово-санітарних умов мешканців у них.

б) Взяти активну участь в складанні плянів житлового будівництва по колгоспах.

в) Посилити санітарно-освітню роботу в галузі правильного санітарного додержання та експлуатації житлів.

1. По лінії харчування. а) Разом з Окрколгоспом та робкоопами допомогти комунам, через інструктаж, організувати усуспільнене харчування й дати вказівки щодо облаштування громадських кухонь та їдалень, утримання їх, належної якости посуду, шкідливости полив'яного посуду і способи його, в деякій мірі, унешкоджування.

б) Ознайомити членів колгоспів з гігієнічними правилами харчування, а також дати вказівки щодо раціоналізації харчування, з'ясувавши поживну цінність городини та садовини, доцільні методи виготовлення їжі, зберігання харчових продуктів тощо.

в) Взяти участь в підготовці комунарок в справі проведення усуспільненого харчування, а саме:

1) взяти ініціятиву в справі організації разом з окрколгоспом, профспілками та кооперацією кулінарних курсів для комунарок;

2) стимулювати через окрколгоспоб'єднання та робкопи організацію практичного навчання за короткий термін комунарок по їдальнях робкопів і через бесіди—ознайомити їх з правилами гігієни, виготовлення та вживання їжі, а також принципами здорового харчування.

1. По лінії боротьби з профзахворуваннями. Посилити догляд гігієнічних умов сільсько-господарчої праці, вивчаючи її шкідливості, розмір і характер травматизму і переводячи можливі заходи щодо оздоровлення та охорони праці по колгоспах.

Надаючи величезне значіння санітарно-епідемічній роботі по колгоспах і чекаючи на найближчі роки від цієї роботи позитивних оздоровних наслідків, НКЗдоров'я оцінюватиме надалі діяльність на селі органів охорони здоров'я й від себе підтримуватиме, оскільки широко й глибоко в тій чи іншій галузі буде охоплено сільський соціялістичний сектор.

За Наркомздоров'я *Хармандар'ян.*

Зав. сан.-епід. відд. *Марзеєв.*

(Об. розп. НКОЗУ з 2 лютого 1930 р. № 26).

30. Про зв'язок із кооперацією та саносвітроботу серед кооперованого населення

До всіх окрздоровінспектур та МСІ, до Вінницького та Зінов'ївського окрвиконкомів

Копія до НКОЗ АМСРР

Одним з важливих завдань саносвіти є охоплення своїм впливом та роботою кооперованого населення. В цьому напрямку деякі округи вже мають певні досягнення. Так, Херсонська окрінспектура охорони здоров'я в наслідок звязку з кооперативними орґанізаціями одержала від останніх в 1929-30 р. кошти в розмірі 4500 крб., які передбачені на саносвітбази та утримання пересувної саносвіткарети із штатом для неї. Харківська Саносвіта теж склала умову з промкооперацією про запровадження саносвітроботи серед кооперованого населення так по артілях, як і в поліклініках промстрахкаси. Зі свого боку за умовою промкооперація виділила 6000 крб. на рік для саносвітроботи, на утримання спеціяльного саносвітробітника, а будинок санітарної культури взяв на себе методичне керівництво та постачання наочними приладдями, кіно та виставками. Запорізька інспектура охорони здоров'я теж зв'язалась з окрстрахкасою, в наслідок чого утворено спеціяльну саносвіт-бібліотеку та пересувки по кустарно, промислових підприємствах. Сумська окрінспектура охорони здоров'я теж встановила тісний зв'язок з кооперативними організаціями щодо запровадження саносвітроботи і одержує від них відповідні асигнування на саносвітроботу.

Отже, беручи на увагу досвід зазначених організацій, Наркомздоров'я пропонує вам зв'язатися з кооперативними організаціями, зокрема з організаціями кооперованих кустарів, скласти з ними умови та розпочати саносвітроботу серед кооперованого населення.

Наркомздоров'я *Канторович*
Зав. бюро саносу *Ліфшиць*

(Об. розп. НКОЗУ з 27 січня 1930 р. № 41).

31. Про обслідування та перевірку бібліотек по лікарнях

До всіх окрздоровінспектур та МСУ, до Вінницького та Зінов'ївського окрвиконкомів

Копія до НКОЗ АМСРР

Наркомздоров'я має відомості про те, що окрздоровінспектури мало звертають уваги на керівництво роботою бібліотек, що існують по лікарнях. Так, напр., в лікарнях м. Одеси виявлено, що бібліотеки засмічені шкідницькою літературою, ідеологічно невитриманою, релігійною й т. інше.

Отже, щоб виявити сучасний стан бібліотек НКОЗдоров'я пропонує окрздоровінспектурам перевести обслідування та перевірку їхньої роботи, якість літератури в них і т. інш. Для цього треба виділити комісії в складі представників окрпрофради, політосвіти та саносвіти.

Про наслідки перевірки бібліотек треба повідомити місцеву пресу та Наркомздоров'я

Наркомздоров'я УСРР *Канторович*
Зав. бюро саносвіти *Ліфшиць*

(Об. розп. НКОЗУ №-41-і з 2 лютого 1930 р.).

32. Про організацію секцій саносвіти в Науково-Медичних т-вах

До всіх окрздоровінспектур та МСУ, до Вінницького та Зінов'ївського окрвиконкомів

Копія до НКОЗ АМСРР, ВУК МСТ

Протягом останніх років по округах назбирався великий матеріял щодо саносвітроботи, якого периферія ще не вивчила з наукового боку. Науково-медичні товариства, що існують по округах, теж і досі майже не звертали уваги на цю важливу ділянку наукової роботи.

Отже, Наркомздоров'я пропонує зв'язатися з округовим Науково-медичним товариством, домагаючись утворення при ньому секції саносвіти, яка з'єднувала б медичні маси навколо саносвіти та провадила наукову роботу по санітарній освіті.

Про наслідки здійснення нашої директиви сповістіть Наркомздоров'я та надішліть плян такої секції саносвіти округового Науково-медичного товариства.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

Зав. бюра саносвіти *Ліфшиць*

(Об. розп. НКОЗУ № 41-і з 2 лютого 1930 р.).

33. Про розповсюдження журналу „Труд і здоров'я"

До всіх окрздоровінспектур до Вінницького й Зинов'ївського окрвиконкомів

Копія до НКОЗ АМСРР

На початку лютого місяця б. р. виходить з друку № 1 масового популярно-саносвітнього журналу „Труд і здоров'я" єврейською мовою.

Журнал видається за активною участю НКОЗУ, Гезкульту, ОЗЕТ'а і Наркомсобезу.

Наркомздоров'я просить взяти активну участь в розповсюдженні та широкому використанні журналу в біжучій санітарно-освітній роботі, скерувавши особливу увагу на поширення передплати та постачання журналом підприємств, єврейських селищ, комун і радгоспів з великою кількістю робітників євреїв, єврейських шкіл та інше.

Передплатити журнал можна в Центрвидаві (Харків, Палац Праці).

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Зав. бюро саносу *Я. Ліфшиць*

(Об. розп. НКОЗУ № 41-і з 27 січня 1930 р.).

34. Про округові пересувні дитячі консультації споживчої кооперації

Щоб якнайширше втягти наймитську й бідняцько-середняцьку масу села до лав споживчої кооперації, до активної творчої участи в кооперативному будівництві, а також посилити обслуговування лінією споживчої кооперації соціялістичного сектора сільського господарства, споживча кооперація України організовує окружні пересувні консультації. Ці консультації утворюються коштом споживчої кооперації за організаційно-консультаційною допомогою окрздоровінспектури. Пересувна консультація працює за положенням і пляном; що до цього додаються.

Організація й керування мед.-санітарною роботою пересувних консультацій належить окрздоровінспектурі. Загальне керівництво роботою консультації здійснює окрспоживспілка, що провадить таким чином безпосередньо всі витрати щодо роботи пересувної консультації.

Розроблюючи маршрути округової пересувки, окрколгоспспілка бере найактивнішу участь, накреслюючи разом із окрспоживспілкою райони діяльности пересувки, маючи на меті охопити колгоспоб'єднання даної округи,

Крім того, окрколгоспспілка провадить певну підготовельну роботу в районах діяльности консультації та сприяє всіма засобами її роботі.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

Член Правління Вукопспілки *В. Блохина*

Укрколгосп *Тищенко*

(Спільний лист НКОЗУ, Укрколгоспу та Вукопспілки з 21 січня 1930 року).

35. ПОЛОЖЕННЯ

ПРО ОКРУГОВУ ПЕРЕСУВАНУ КОНСУЛЬТАЦІЮ СПОЖИВЧОЇ КООПЕРАЦІЇ

1. Округові пересувні консультації споживчої кооперації організуються для писилення культ-побутового обслуговування кооперованих наймитів і бідняцько-середняцьких мас села, та щоб посилити кооперування цих шарів сільського населення, а також втягти

їх до активної участи в кооперативному будівництві, зокрема щодо участи в організації культ.-побутових закладів споживчої кооперації на селі.

2. Завдання пересувної консультації є так організація й запровадження певної медично-санітарної роботи, що її визначено пляном робіт консультації, як і організація й переведення певної культурно-освітньої побутової роботи, а також і організаційно-масової по лінії споживчої кооперації.

Примітка. Уся робота консультації мусить відповідати плянам її робіт, що їх окремо додається (та бути скерованою на повне здійснення цих плянів).

3. Пересувна консультація провадить роботу переважно в районах суцільної колективізації, в районах роботи міжселищних машино-тракторових станцій, охоплюючи обов'язково й радгоспи; пересувна консультація може також за завданнями і дорученнями округових організацій провадити роботу в районах, що лише переходять на колективні форми господарювання, щоб стимулювати колект. рух, зосереджуючи в цих районах свою роботу в колгоспоб'єднаннях.

Примітка. Район роботи консультації і спис селищн. пунктів, що їх повинна обслужити консультація, встановлює Окрспілка по згоді з окрздоровінспектурою і окрколгоспспілкою.

4. Загальне керівництво роботою зокрема кер. орг. масовою і культ.-побутовою роботою пересувної консультації належить окрспоживспілці, що коштом її утворюється, консультація. Це керівництво здійснює Окрспоживспілка через свого представника в складі штату консультації—інструктора культурника. Організація і керування медико-санітарною роботою пересувної консультації належить Окрздоровінспектурі.

5. Підчас виїзду пересувної консультації в тій або іншій район консультація зв'язується з медучастком району для ув'язування всієї медично-санітарної роботи.

6. Культ.-побутова робота консультації в певному районі провадиться в погодженні й за активною участю райкультурника спожив. кооперації.

Організаційно масова робота консультації в певному районі провадиться в погодженні і за активною участю дільничних інструкторів райспоживспілки.

7. Робота пересувної консультації в певному селищному пункті провадиться за активною допомогою та обов'язковою участю комісії консультації, що її (комісію) організується з представників місцевих парт., радянських, профспілков. і громадських організацій.

8. Штат консультації—три чоловіка: лікар-педіятр охматдитчик, акушерка та інструктор-культ. кооперації.

9. Умови праці:

а) транспорт для службових переїздів консультації забезпечує відповідне споживче товариство і найближчий колгосп;

б) для оплати за дійсною вартістю поїздок персоналу до себе в медучасток в дні відпочинку, але не більш, як два рази на місяць, передбачаються відповідні асигнування за кошторисом консультації;

в) приміщення для переведення роботи консультації надає споживче товариство або колгосп;

г) технічний персонал для допомоги консультації надає споживче товариство колгосп;

В окремих випадках цей персонал оплачується за рахунок господарчих витрат консультації;

д) консультація привозить із собою ввесь потрібний спеціяльний інвентар;

е) щоб персонал пересувної консультації мав можливість провадити дні відпочинку в постійному місці мешкання, припустимо об'єднувати час відпочинку не більш, як двох п'ятиденок зараз;

ж) за час перебування на місці роботи консультації поза місцем постійного мешкання, персонал пересувної консультації одержує компенсацію за витрати в розмірі 50% своєї постійної зарплатні, ця компенсація виплачується разом з одержанням зарплатні;

з) лікар, акушерка та інструктор консультації одержують, крім халатів і хустин, ще такий спецодяг для кожного: кожух, повстяники (валенки), гумове пальто та чоботи на термін, що його передбачено загальним положенням (зважаючи на сезоновість роботи);

и) персонал, що його призначено до пересувної консультації одержує всі грошові компенсації, що їх передбачає постанова РНК УСРР від 19 жовтня 25 р. (Зб. Узак. УСРР № 27 пакт 212).

10 Умови побуту:

а) Приміщення (можна і кімнату, але не менш за 19 карб. метрів на кожного) для персоналу з потрібним облаштуванням (ліжка з матрасами, стіл, стільці, умивальник) надає споживкооперація або колгосп безкоштовно.

б) Харчування персонал одержує або в колгоспі за собівартістю, якщо є там громадське харчування, або потрібні продукти харчування коштами самого персоналу постача споживче товариство на ввесь час перебування консультації в районі його діяльности.

11. Пересувна консультація систематично подає звіт за виконану роботу до окрспоживспілки, окрздоровінспектури та окрколгоспсоюзу.

Консультація, закінчивши свою роботу в певному районі, складає повний звіт й відчитність для окрспоживспілки, коштом якої ця консультація організована.

12. Крім того, консультація зобов'язана провадити її широку громадську відчитність за роботу, що вона через доповіді на зборах членів ССТ, членів СОЗ'у с.-г. артілі або с.-г. комуни, на загальних зборах радгоспу тощо.

13. В наслідок роботи пересувної консультації в певному селищному пунктові (і районі) мусить обов'язково бути пожвавлення організаційно-масової й культурно-побутової роботи місцевої споживчої кооперації.

Результативність та ефективність роботи пересувної консультації мусить відбитися на збільшенні кооперування наймитства і бідняцько-середняцьких мас населення, особливо жінок на збільшенні капіталонагромадження місцевого ССТ (паї, вкладки), на організації оргоформленні та роботі місцевого кооперативу, на здійсненні місцевою спожив. кооперацією господарчих завдань тощо.

Зокрема результативність та ефективність роботи консультації мусить позначитися на організації різ. колгоспоб'єднань, переходу з нижчих форм колективного господарювання до вищих і т. інш.

В галузі культ.-побутової роботи результативність і ефективність консультації мусить позначитися на утворенні кутка матери й дитини, дитячих ясел, культ часнь і інш. побутових закладів, пожвавленні масової культроботи, притягуючи до утворення побутових закладів коштів самого населення (насамперед кооперованого) через самооподаткування, асигнування різних організацій і т. інш.

Кошторис для встаткування й утримання округової пересувної консультації споживкооперації

А. Устаткування:

Твердий інвентар

1. Дитячі ваги
2. Зростомір
3. Вмивальник
4. Акушорська коробка
5. Потрібні медичні інструменти
6. Проєкційний ліхтар з карбідовою лямпою, екран, рямка для діяпозитивів.
7. Діяпозитиви охматдиту (видання „Наукової Думки“) і з питань кооперації.
8. Виставка охматдиту (плякати, зразковий одяг), грашки, література.
9. Кооперативний куток (плякати, література та інш.).
10. Скринька для перевозу інвентаря.

М'який інвентар

1. Білизна для консультації:
 - а) халатів 6
 - б) рушників 12
 - в) хустинок 6
 - г) пелюшок 20
 - д) простирал 6
2. Спецодяг:
 - а) повстянок (валянки) 3 пари
 - б) чобіт 3 „
 - в) кожухів: 3 „
 - ф) гумових пальт 3 „

Б. Утримання:

1. Зарплатня 1) лікареві, 2) акушерці, 3) інструктору-кооператору } (по $1\frac{1}{2}$ ставки кожному)
2. Соцстрах
3. Культфонд
4. Проїзні від місця перебування кожного робітника до місця служби
5. Транспортові витрати для оплати поїздок персоналу до себе на дні відпочинку два рази на місяць.
6. Господарчі витрати (освітлення, прання білизни, вбирання приміщень тощо).
7. Канцелярські витрати (блянки, картки, книги, почтові витрати і інш.).

Плян медично-санітарної роботи округової пересувної консультації споживкооперації.

У кожному селі, куди приїжджає консультація на потрібний час, вона бере до обліку всі колгоспи і радгоспи, які є в цьому селі і поблизу від нього і перш за все обслуговує комуни, артілі, радгоспи, де переводить таку роботу:

1. Облік всіх жінок (від 16 до 50 років) і дітей за віком.
2. Профілактичний огляд всіх дітей і виявлення хворих серед них.
3. Надання лікувальної допомоги хворим дітям і ізоляція почесно хворих.
4. Направлення відповідних хворих до лікарні або до лікаря спеціяліста.
5. Переведення віспощеплення, щеплення проти дифтерії тощо.
6. Обслідування побутових умов: житла, харчування взагалі і дітей окремо, одягу, додержання чистоти тіла, використання чистого повітря для дітей взимку і т. інш. Інструктаж (саносвіта) матерів на місці.
7. Обслідування санітарно-гігієнічного стану школи в колоб'єднанні.
8. Виявити, як переводиться охорона материнства за статутом, цебто чи одержують відпустку в зв'язку з вагітністю та на який термін.
9. Доповіді на загальних зборах членів колгоспу про стан здоров'я дітей і про заходи, що їх треба вжити для їх оздоровлення.
10. Організація охматдитського осередку в колгоспі, радгоспі, який би провадив й контролював всі заходи охматдиту.
11. Саносвітня робота; розмови з жінками на такі обов'язкові теми:
 1) шкідливість аборту і як його уникати (протизачаткові засоби),
 2) пологи й допомога при них,
 3) виховання немовлят,
 4) виховання дітей до 4 років,
 5) гостропошесні й соціяльні хвороби і боротьба з ними.
12. Переведення прийому вагітних жінок і жінок, що вимагають протизачаткових засобів.
13. Пологодопомога.
14. Допомога в організації ясел в колгоспі (намітити помешкання, вказати, як його пристосувати, обладнувати, скласти штати персоналу, кошторис, намітити майбутніх виховательок для ясел, сприяти тому, щоб вони одержували підготовку і т. інш.).
15. Коли ясла є, то перевести докладніший інструктаж щодо їхньої роботи.
16. Коли постійних ясел немає і їх неможливо організувати (за відсутністю помешкання), домагатися поліпшення харчування дітей (відокремлення дитячого харчування).
17. Перевести підготовчу роботу до організації сезонових літніх ясел, майданчиків (останні для дітей від 4 до 14 років).

Робота пересувної консультації на селі

1. Прийом здорових дітей до 4 років членів кооперації.
2. Прийом хворих дітей до 4 років.
3. Прийом вагітних і жінок, що звертаються за порадою з питань полового життя (протизачаткові засоби, безплідья), але тільки членів кооперації або з сім'ї пайовика.
4. Патронаж дітей (немовлят) і вагітних з сім'ї члена кооперації.
5. Надання тяжко-хворим дітям до 4 років членів кооперації медичної допомоги вдома.
6. Пологодопомога.
7. Організація РСД при консультації, що її обрано з жінок членів Кооперації, встановлення зв'язку з фондом матери-селянці при СТВ.
8. Надання допомоги нужденним матерям—членам кооперації або з сім'ї пайовика.
9. Саносвітня робота (обов'язкові вищезазначені теми).
10. Обслідування санітарно-гігієнічного стану шкіл.

IV. Із діяльности Наркомздоров'я та його відділів

1. Справи обслуговування соц. сектора на селі

Заслухавши пропозицію про організацію при НКОЗ відділу або бюра, що відало б справи обслуговування соціялістичного сектора сільського господарства, колегія визнала таке виділення за недоцільне, бо всім відділам НКОЗУ треба обов'язково приділяти найпильнішу увагу справі обслуговування соцсектора села.

Поруч цього доручено тов. Нагорному притягувати до обговорення та вирішення питань обслуговування соцсектора на селі члена колегії тов. Лініченка.

2. Про майбутній 2 Всеукраїнський з'їзд офталмологів

Колеґія НКОЗУ відзначила позитивну ролю 2 Всеукр. з'їзду офталмологів, що відбувся в кінці грудня 1929 р. в зв'язку з тим, що на ньому поряд клінічних, експериментальних та організаційних питань було віддано помітне місце ряду проблем соціяльно-гігієнічного чину з акцентом на профілактичний напрямок в офталмології, методам підготовки нових кадрів фахівців-окулістів, питанням профпатології ока, боротьбі з трахомою та інш.

Затверджено орієнтовний цикл програмних доповідей на наступному 2 Всеукр. З'їзді офталмологів, що скликається в липні 1933 р. у Дніпропетровському: а) Стан очної допомоги до кінця п'ятирічки; б) фізичні методи лікування очей; в) профпатологія ока; г) глявкома; д) туберкульоза очей.

До оргбюра з'їзду з боку НКОЗ введено т.т. Затонську та Марзеєва.

3. Про 2 Всесоюзний Офталмологічний з'їзд

Колеґія НКОЗ затвердила такий програмний цикл доповідей 2 Всесоюзного з'їзду офталмологів: а) Профілактичний напрямок в офталмології, б) Невропатологія ока; в) Про підготовку офталмологів; г) питання рефракції очей; д) профілактика й лікування запалень роговиці.

Термін і місце скликання Всесоюзного з'їзду—м. Київ — червень 1931 руку колеґія ствердила.

До Оргбюра Всесоюзного з'їзду від України виділено таких т. т.:

Проф. Васютинського, проф. Левітського, лікаря Холіна, лік. Поляка (всі з Киева), лік. Затонську, проф. Прокопенка. лік. Рабкіна, проф. Самойлова, лік. Натансона (всі з Харкова), проф. Філатова (Одеса), проф. Казаса (Дніпропетровське), лік. Балабоніну (Донбас).

4. Про Всесоюзний з'їзд фізіологів в м. Харкові

Колеґія визнала за потрібне взяти активну участь у роботі згаданого з'їзду. На офіційних представників НКОЗУ виділено 3 членів колеґії — т.т. Хармандар'яна, Нагорного, Попову та ще проф. Углова, проф. Черкеса, лікарів Адамову, Когана-Ясного.

Перед Оргкомітетом з'їзду НКОЗ становить питання про включення до програму з'їзду спеціяльної співдоповіді про стан громадського харчування на Україні та перспективи його розвитку, про овочеве харчування та дієтичне харчування. Загальному Відділові НКОЗ доручено сприяти Оргкомітету в справі надання приміщень для делеґатів з'їзду.

5. Колеґія Наркомздоров'я на Артемівщині

У подорожі, що тривала загалом 6 днів, брали участь 5 членів колеґії (майже ввесь склад її), 6 відповідальних робітників і 3 керівники наукових інститутів НКОЗ (проф. Каган, Ситенко й Федоровський). Відвідано м. м. Артемівське та Слов'янське, робітничі райони — Лисичанське, Краматорівку, Щербіновку, Горлівку, Рикове, Костянтинівку та інш. Всюди члени колеґії та товариші, що їх супроводили, виступали з доповідями на пленумах місцевих рад, робітничих зборах, конференціях лікарського персоналу та інш. Доповіді викликали великий інтерес робітництва, що охоче виступало, виявляючи стан роботи на місцях. Треба зазначити, що виступи були суто ділові, в них лунав дійсний голос масового робітника, що турбується за стан такої важливої галузі роботи, як здоровохорона. В багатьох виступах ми зустрінули цілком доладне сполучення змістовности промови з політичним обґрунтованням.

Робітники Риківського, Краматорівського заводів, говорячи про стихійний рух за скоріше виконання п'ятирічного пляну розвитку народнього господарства, доводили, що за теперішнім станом здоровохорони на багатьох заводах, виконання пляну стоятиме під загрозою. Зв'язували робітники свої виступи й з безперервним виробництвом, турбуючися про ув'язування з ним роботи медсанустанов. Висловлюючись за актуальне перетворення умов побуту, за дійсне притягнення жіноцтва до активної громадської творчої роботи, робітниці Артемівського казали, що брак потрібної кількости ясел та ясельних ліжок у тих, що вже існують, дуже й дуже стоїть на перешкоді цій справі. Було чути таке: „60 ліжок на великий Риковський завод — замало". — „Хатня робота забирає ввесь час у робітниці, немає будь-якої можливости віддатися громадській роботі". Дехто йшов далі, цілком послідовним шляхом: — „Потрібні зимові ясла. Потрібні по клюбах, великих червоних кутках вечірні кімнати для дітей, щоб їхні матері мали змогу відвідувати збори, слухати лекції, навчатися тощо".

Негаразд стоїть справа й щодо притягнення комсомолу до участи в справах здоровохорони (Артемівське, Горлівка, Лисичанське та інш.). Тут місцеві робітники визнавали свою власну провину, закидаючи проте й НКОЗ мляву роботу його щодо висування комсомолу, наприклад, до ОЗД, як постійних робітників.

Цілком свідомо поставилися учасники зборів і засідань колеґії до найважливої справи оздоровлення побуту, умов та обставин роботи, вважаючи цілком справедливо, що це є основа добробуту робітництва та забезпечення безперебійної роботи підприємства.

— „Чимало роблять оздоровчого поза межами підприємству, а в самому заводі — замало. На „Донсоді", де умови роботи надзвичайно шкідливі, де здобувається хлорний, вуглецевий та інші гази, на живосрібному заводі, де робітники дихають газами живого срібла, далеко не все зроблено, щоб захистити здоров'я робітника,

Особливо ж хвилює робітників не тільки дуже шкідливих виробництв, але й інших заводів, де так часто трапляються нещасні випадки, де збільшується травматизм, те, що лікарський персонал і робітники здоровохорони дають перевагу лікувальній справі (подекуди її, між іншим, поставлено зовсім непогано) перед профілактичною. Немає, а це головне, спеціяльних досліджень шкідливости, обставин роботи, не вивчають особливостей, що характеризують роботу. А наслідки часто-густо жахливі: після двох років роботи свердляр живосрібної копальні-цілковито скалічена людина або вмирає зовсім.

Треба, між іншим відмітити, що у виступах приділяли чимало уваги надто чудній, але на жаль, наявній досі справі: ми говоримо про взаємну відокремленість роботи й діяльность санлікаря й промсанінспектора. Обидва, здається, роблять споріднену роботу, але, належачи до різних відомств, цебто Наркомздоров'я й Наркомпраці, вони працюють, не ув'язуючи між собою роботу, за незавсіди однаковими інструкціями, за різними методами роботи.

А в робітників залишається незадоволення (й цілком підставне) через таку непогодженість роботи. Нарешті, робітники шкідливих виробництв згадували про невиконання чинних постанов щодо спеціяльного харчування.

Багато виступів припадає на долю кепської постановки лікувальної справи, непристосованости приміщень лікарень і поліклінік, чимало говорили про незадовільність справи кадрів медробітників. Щодо останньої справи, треба зазначити, що робітники, якщо обвинувачували персонал, то це робилося поряд наведення фактичних даних без будь-якої ознаки антагонізму або невизнання заслуг тих, що їх дійсно мають. А з кадрами лікарських робітників справа стоїть надто кепсько. Насамперед припадає на очі загальна недостатність лікарів: нещодавня епідемія черевного тифу яскраво це довела, коли на Луганщині залишалися протягом довгого часу вакантні чимало посад санітарних лікарів. Робітники теж у своїх промовах багато спинялися на надзвичайній перевантаженості наявного персоналу. — „У Рикївському заводі 1 лікареві доводиться обслуговувати до 100 хворих, а хірургові — до 200. Санінспектор за межі заводу зовсім не заглядає. Так само стоїть справа в Горлівці і в Щербинівці та інших заводах.

Справа з приміщеннями стоїть надзвичайно гостро. У Рикївському заводі поліклініка неоднаково обслуговує робітників усіх змін: першій зміні, наприклад, дуже важко своєчасно добитись прийому. У лікарні 180 ліжок, а хворих постійно — 220 і більше чоловіка. Робітники заводів „Донсоди" скаржаться на те, що їхній лікарні, взагалі порівняльно невеликій, доводиться ще задовольняти вимоги й потреби населення сусідньої Старобільської округи, в якій мережу лікустанов розвинено дуже кволо і тамошнім робітникам зручніше ходити за 5 — 6 кілометрів у заводську лікустанову, ніж 30 — 35 кілометрів до своєї.

Найболючіша справа — це незадовільність й кількісна недостатність медпунктів першої допомоги. Тут недоліків сила: і надзвичайна віддаленість (3 верстви — в Риковському заводі), невстаткованість, незабезпеченість кваліфікованим медперсоналом та інш. Такі дані, як цілковитий брак медпунктів у багатьох (30%) копальнях, відсутність підземних пунктів тощо, спонукує як найуважніше поставитися до цієї частини медично-санітарного обслуговування, що повинна вільно чи невільно стояти, якнайближче до робітників, це більше за все дає їм увагу про те, як турбуються відповідні радянські органи про їхнє здоров'я. Надалі миритися з таким станом, як наявність 1 пункту на 12.000 робітників (Рикове) ніяк не можна. Робітники цілком справедливо висунули вимогу, щоб медпункти заснували й по великих робітничих селищах: це буде дійсним найближенням швидкої меддопомоги до робітництва.

Поруч цього важливого питання стоїть справа боротьби з травматизмом. Заходів безперечно недосить, як недосить і кваліфікованого персоналу; навіть гарний хірург (а такі там є) не дасть собі цілковитої ради в боротьбі з травматизмом, і тут потрібна спеціяльна фахова допідготовка.

З більшістю зауважень здоровінспектори районів і медперсонал погодилися. Проте, довелося вислухати й чимало прикрих нагадувань щодо незадовільних об'єктивних моментів роботи: брак потрібних коштів (пригадаймо, що питома вага витрат на здоровохорону в Донбасі до загальної суми місцевого бюджету далеко нижча, ніж пересічно по Україні (не більше 5—5$^1/_2$%) гальмує запровадження в життя найпотрібніших заходів, як придбання хоч невеличких дезкамер, доцільне будування бараків на будівництвах, відсутність транспорту для перевезення хворих і для наїздів лікарського персоналу тощо. Чимало турбуються місцеві робітники про байдуже ставлення суспільства до справ здоров-

охорони: багато видів суспільної участи в роботі, а немає дійсної роботи — „КОТІБ'и — мертвонароджена дитина" та інш. та інше.

Вимагаючи грошевих дотацій від центру, місцеві робітники на жаль замало спинялися на можливостях використовувати інші джерела, як кошти громадських організацій страхкас, самооподаткування та інш.

Значну увагу приділили мед. сан. робітники потребі поліпшити матеріяльний стан медперсоналу. На честь лікарів треба зазначити, що такі нездорові виступи, як скупчення всієї уваги на питанні заробітку й постановка всієї справи здоровохорони в залежність від цього — були поодинокі. Зате довелося стикнутися із другим дуже негативним явищем, а воно давало себе почувати в багатьох місцевосцях, це з недостатнім усвідомленням лікарями (з ними було найбільш розмов) основних заходів і сути радянської здоровохорони. Яскравим є виступ одного лікаря, який переконував у своєму виступі, що „немає часу займатися профілактикою", бо на 1 хворого „дають" тільки 10 хвилин.

Діяльність НКОЗдоров'я скеровану на дальший розвиток заходів широкої профілактики, оздоровлення умов праці, посилення кваліфікації медичної допомоги, забезпечення Донбасу кадрами досвідчених лікарів та іншого персоналу і це все — із пильним додержуванням клясової лінії було всюди ухвалено.

6. Справи будівництва медсанустанов

(У Пляново-будівельному бюрі НКОЗ)

І. Мережа медустанов на тракторовому заводі. На тракторовому заводі, що його оце розпочали будувати біля Харкова (ст. Лосево), запроєктовано таку мережу медичносанітарних установ:

1. Санітарно-ізоляційний пункт для медсанобробки робітників, що їх прийматимуть на завод. Тут передбачається збудувати гуртожиток для тимчасового перебування в ньому робітників, поки їм не надано постійного приміщення, а також будинок самого пункту з щепільним помешканням, двома кімнатами для догляду, ізолятором, пароформаліновою дезинфекційною камерою.
2. По всіх цехах — санітарно-гігієнічні установки згідно з вимогами охорони праці.
3. Пункти першої допомоги в самих цехах згідно з чинним законодавством.
4. Центральний медичний пункт з низкою кабінетів, аптекою, лябораторією, рентгенуставленням тощо.
5. Ясла для немовлят із розрахунку 25 ліжок на 1000 робітниць, при чому кількість ліжок в одних яслях не повинна перевищувати 50.

II. Подорож комісії Бюра в Донбас. Комісію було відряджено для консультації в питання вибору місць і дільниць для лікарняного будівництва, що широко провадитиметься цього року в Донбасі та промислових районах у подорожі брали участь 3 представники Пляново-Будівельного Бюра НКОЗ.

Комісія відповідала м. Луганське, Алчевське, Брянку, Кадіївку, Першомайку, Голубівку, м. Сталіне, Макіївку, Рутченківську рудню, Щегловку, Горковку та інші місцевості.

На підставі складеного пляну будівництва комісія спільно з місцевими робітниками оглядала місця, де будуватимуться лікарні, поліклініки, амбуляторії тощо, при чому в багатьох місцях довелося вносити істотні корективи до передбачень. У багатьох місцях комісія, схвалюючи вибір місця будівництва, знімала перед виконкомами та радами клопотання про додаткові дільниці, прирізування землі для садиб тощо.

Висновки комісії колеґія НКОЗ в основному схвалила.

III. Про порядок використання коштів на збудування житла для медперсоналу.

Пляново-Будівельне Бюро НКОЗ, що детально обговорювало це питання, висловилося за вирішення його в такий спосіб:

а) Зважаючи на те, що частина медперсоналу повинна мешкати при медустановах, визнати за потрібне, щоб для такого медперсоналу житла будувались на території медсанустанови, при чому вартість помешкань треба включити з загальні витрати на будівництво установи.

б) Житла для медперсоналу, що не повинен обов'язково мешкати при медсанустанові, будувати на кошти, відпущені на житлобудівництво поза територією медсанустанови.

7. Сесія Всеукраїнської санітарної ради

Чергову (VII) сесію Всеукр. Санітарної Ради передбачається скликати 1 — 5 березня 1930 року

На обговорення сесії НКОЗ ставить такі питання:

1. Місце санітарної справи в системі охорони здоров'я та народнього господарства (доповідатиме т. Канторович).

2. П'ятирічний плян розвитку саніт. справи на Україні (т. Мараєєв).
3. Епідемічний стан УСРР та боротьба з епідеміями.
Співдоповіді; а) ліквідація вогнищ паразитарних тифів; б) плян дальшої боротьби з черевним тифом і різачкою; в) плян розвитку дезинфекційної справи на Україні;
4. п'ятирічний плян доброустрою населених пунктів;
5. санітарне обслуговування сільського соц. сектора;
6. основні принципи побудови нових міст.
7. п'ятирічний плян роботи сан. бактеріологічних Інститутів (проф. Громашевський).
8. Чергові завдання охорони здоров'я в галузі гігієни та патології праці (доповідачі — представники Харківського та Київського Інститутів).
9. Про перепідготовку та удосконалення лікарів (д-р Марзеєв).
10. Матеріяльні, побутові й професійні умови роботи санлікарів (доп. з боку ВУК Спілки).
11. Питання саносвіти тощо.

Можливо, що до часу скликання сесії Всеукр. Сан. Ради буде пристосовано нараду санепідвідділів НКОЗ союзних республік.

Об'яви

а) Конкурси

НКЗдоров'я оголошує конкурса на заміщення таких посад при Київському Державному Психо-Неврологічному Інституті:

1. Асистент клініки нервових недуг (відділу захворувань вегетативної та ендокринної системи).

Стаж за фахом не менш. 7 років. Друковані праці в цій галузі. Здатність до педагогічної роботи.

Умови: Утримання 75 крб. за пів робоч. дня.

2. Асистент відділу соціяльної психоневрології.

Загальний стаж 4 — 5 років, знайомство з психо-профілактикою та психогігієною. Наукові роботи в цій галузі. Клінічна підготовка з психіятрії.

Умови: Утримання 150 крб. на місяць.

3. Асистент фізіо-терапевт. відділу.

Лікарський стаж не менш 5 років. фізіятричний стаж не менш 3 років. Наукові праці з фізіятрії та педагогічні здібності.

Умови: Утримання 60 крб. за $1/2$ роб. дня.

4. Асистент відділу саносвіти.

Загальний лікарський стаж не менш 3 років та по Саносвіті не менш 2 років.

Умови: Утримання 60 крб. за пів робочого дня.

5. Ординатор клініки нервових недуг.

Лікарський стаж не менш 2 — 3 років. Бажано знайомство з фізіятрією та психоневрологією.

Утримання: — 110 крб. за повний день.

6. Лікар для роботи в лябораторії функціональної діягностики.

Лікарський стаж не менш за 5 років. Знайомство з фізіологічною технікою та механотерапією.

Утримання: — 45 крб. за дві год. щодня.

7. Старший ординатор.

Лікарський стаж не менш 5 років, психо-невролог. стаж не менш як 3 роки. Адміністративн. стаж.

Утримання 150 крб. за повний день.

8. Лікар-лаборант до психо-фізіологічн. лябораторії.

Лікарський стаж не менш як 5 років. Психо-неврологічн. стаж не менше як 3 роки. Знайомство з характерологією.

Утримання 60 крб. за $1/2$ робочого дня.

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, мають подавати заяви з копіями відповідних документів до загального відділу Наркомздоров'я.

Останній термін подачі заяв 10 березня 1930 р.

Адреса: Харків, Будинок Держпрому, 6-й під'їзд 3-й поверх Наркомздоров'я.

Оголошується конкурс на заміщення 2 посад у лябораторії фізіології праці при Київському Ін-ті Патології та Гігієни Праці.

1 Старший фізіолог.

1 Молодший фізіолог.

Від кандидатів вимагається шостирічний (для старш. фізіол.) та дворічний (для молодш. фізіол.) стаж з фізіології та наукові роботи.

Знання укрмови обов'язкове.

Умови: Утримання 135 крб. для старш. фізіолога.
" 120 " " молодш. "

Особи, які бажають взяти участь у конкурсі, мають подавати заяви з відповідними копіями документів про службу до загального відділу НКЗдоров'я.

Останній термін подачі заяв —10 березня 1930 р.

Адреса: Харків, Будинок Держпрому 6-й під'їзд, 3-й поверх, НКЗдоров'я.

б) Оголошення

Пропонується окрздоровінспектурам та МСУ повідомити НКОЗУ про місце перебування лікарів:

1) Кісіної Перлі Гілелевні, яка свавільно залишила посаду в Ялтушківському районі Мог.-Подільської округи, одержавши під'йомні, не здавши справ і майна амбуляторії.

2. Вавілової Агнеси Васильовни, яка свавільно залишила посаду завід. Вчорайшенської дит. консультації Бердичівської округи, не здавши звіту на грошові та інші справи консультації.

3) Хургіна, який залишив посаду в Ямпольському районі Мог.-Подільської округи без згоди окрздоровінспектури, одержавши під'йомні гроші розміром 110 крб. і пропрацювавши три дні.

в) Привіт Наркомздоров'ю

(телеграма з Одеси 24 січня 1930 р.

Курсанти батраки та колгоспники Одещини, зібравшись у будинку санкультури з приводу відкриття перших Округових Санітарних курсів, шлють палкі привітання НКОЗ та обіцяють, що вони закладуть певний початок санітарної самодіяльности в соцсекторі Одещини.

Хай живе Компартія — керівник соціялістичної реконструкції села!

Хай живе колективізація сільського господарства та клясова медицина на селі!

Президія зібрання

Додаток до бюлетеня НКОЗ № 3

Статут

Товариства пропаґанди та організації здорового народнього харчування „Прознархарч"

РОЗДІЛ I

Загальні засади

1. Т-во пропаґанди та організації здорового народнього харчування засновується на Україні з метою оздоровлення та організації народнього харчування, його усуспільнення та поліпшення санітарно-гігієнічного побуту.

2. Товариство має за свою мету:

а) втягувати широкі трудящі маси до оздоровлення народнього харчування;

б) ознайомлювати населення з принципами здорового народнього харчування, його значінням для підвищення продукційности праці та попередження захорування людности;

в) всіма засобами сприяти, поширювати та поліпшувати громадське харчування, щоб полегшити справу розкріпачення жінки від індивідуальних форм господарювання; доводити трудящим неекономічність та нерентабельність поодинокого харчування; допомагати установам, що займаються постачанням харчових продуктів та сприяти забезпеченню населення городиною та садовиною;

г) організувати науково-дослідні роботи для вивчення проблем харчування та його раціоналізації.

3. Для здійснення цих завдань Т-во має:

а) переводити широку пропаґанду за здорове народнє харчування на підприємствах, радгоспах, колгоспах, касарнях, гуртожитках, по клюбах, сельбудах, школах та взагалі серед трудящих мас різними формами саносвітньої роботи, а так само через пресу, різні видання та через радіо;

б) організувати низові осередки по підприємствах, касарнях, при сельбудах, колгоспах, житлокоопах, учбових установах та інш., втягуючи широкі маси трудящих в роботу для оздоровлення та раціоналізації харчування;

в) сприяти утворенню спеціяльних курсів харчування в різних учбових закладах, а так само й утворенню нових шкіл для підготовлення робітників у галузі громадського харчування;

г) сприяти справі раціоналізації харчування, зокрема поширенню споживання городини та садовини в громадських їдальнях різноманітних лікувальних установах, дитбудинках тощо;

д) сприяти організації показово-зразкових громадських їдалень з відділами дитячого та дієтичного харчування;

є) допомагати розповсюджувати цінні з погляду поживности культури городини та садовини;

ж) втягувати науково-дослідні інститути до роботи над оздоровленням та раціоналізацією народнього харчування;

з) всю роботу зв'язувати найтісніше з партійними, радянськими, професійними та громадськими організаціями, зосереджуючи їхню увагу на справі оздоровлення народнього харчування;

і) влаштувати виставки народнього харчування центрального та місцевого значіння;

к) організувати місячник пропаґанди за здорове народнє харчування.

4. Товариство в цілому та його філії мають права правної особи.

5. Товариство пропаґанди та організації здорового народнього харчування може набувати різне майно в межах, встановлених законом, перевласнювати майно, закладати його, брати на себе зобов'язання, які стосуються безпосередньо до його діяльности, позивати та відповідати на суді. Зокрема Т-во має право приймати майно в дарунок, складати різного роду умови. Т-во має печатку зі своєю назвою. Центральний комітет Т-ва має свій осідок у м. Харкові.

РОЗДІЛ II

Склад Т-ва, порядок вступу й вибуття, права та обов'язки членів

6. Членами Т-ва можуть бути так установи, організації і інші правні особи, як і окремі громадяни, що мають виборчі права до рад. Установи, організації та інші правні особи беруть участь в Т-ві через своїх представників, що їх делеґується встановленим порядком.

7. Приймають у дійсні члени Т-ва місцеві організації Товариства.

8. Кожний член Т-ва має право:

а) брати участь у загальних зборах Товариства;

б) бути обраним на всі посади в Т-ві.

9. Кожний член Т-ва є обов'язаний:

а) допомагати Т-ву в роботі та з'ясовувати мету й завдання його;

б) своєчасно вносити членські внески;

в) відвідувати загальні збори своєї організації;

г) вести аґітацію й пропаґанду за вступ у члени Т-ва

д) виконувати вимоги статуту, інструкції та розпорядження Т-ва;

е) різними засобами сприяти загальному розвиткові й добробуту Т-ва.

10. Члени Т-ва так фізичні, як і правні, вносять свої членські внески в розмірі та порядкові, що його встановлює з'їзд Т-в.

Примітка. Членський внесок тимчасово встановлюється для міста 60 к. на рік, для села 40 к., для учнів й червоноармійців — 20 коп. на рік.

11. Членів Т-ва вважається за вибулих зі складу членів в разі їх добровільного виступу, невиплати членських внесків протягом 6 міс. за постановою загальних зборів місцевих організацій Т-ва, у випадку припущення вчинку, що шкодить Т-ву, за втрату виборчих прав до рад, а правні особи—в разі їхньої ліквідації.

РОЗДІЛ III

Організації Товариства

Осередки та районні комітети

12. Організації Т-ва засновуються повсюди на терені УСРР. Первісною організацією є осередки, що їх утворюється на підприємствах, радгоспах колгоспах, житлокопах, школах, касарнях, на селі та взагалі по різних установах. Для організації осередку треба не менш 5 членів Т-ва.

13. Осередки обов'язково реєструються та підпорядковуються місцевим організаціям Т-ва, що стоять вище.

14. Всі осередки, розташовані в сільських місцевостях, об'єднуються в районові відділи, що керують роботою цих осередків.

15. По великих промислових містах організується районні відділи, що об'єднують всі осередки, розташовані на данім районі, та керують їхньою роботою.

16. Керівним органом осередку є бюро, що його обирають на загальних зборах членів даного осередку з трьох осіб.

17. Керівним органом районного об'єднання є районний комітет, що його обирають числом від 3 до 5 осіб на зборах представників місцевих осередків.

18. Обов'язки районного комітету та осередку такі:

а) провадити в межах даної місцевости пропаґанду та організацію здорового народнього харчування;

б) втягати нових членів;

в) приймати членські внески, грошеві суми, цінні папери, що надходять до осередків та районних комітетів;

г) складати відчити та кошториси;

д) взагалі репрезентувати Т-во в даній місцевості в усіх його справах.

б) Округові органи Товариства

19. Округовий комітет обирається округовим з'їздом делеґатів від районових відділів Т-ва та місцевих осередків.

20. До утворення округового комітету всю організаційну роботу провадить округове організаційне бюро.

21. До компетенції округового з'їзду належить: обирати округовий комітет та ревізійну комісію, заслухувати відчит про роботу округового комітету, затверджувати плян роботи та бюджет округового комітету та ревізійної комісії на реченець до скликання

другого з'їзду, розв'язувати справи, що їх вносять на з'їзд районові комітети або округовий комітет.

22. Округовий комітет протягом часу поміж з'їздами представників Т-ва є найвищий орган округової філії Т-ва.

23. Округовий комітет обирається з числа членів, що його встановлює з'їзд округової філії на час до наступного з'їзду.

24. Обов'язки. До компетенції округового комітету належить: керувати працею Т-ва в межах округи обирати зі складу округового комітету президію, складати загальний плян роботи відповідно до постанови округового з'їзду та розробляти питання для внесення їх на розгляд Всеукраїнського з'їзду Т-ва; переводити в життя постанови Всеукраїнського з'їзду, Центрального комітету та з'їзду філій, одержувати різні пожертви та грошеві суми, що надходять до скарбниці і на біжучі рахунки окркомітету, а так само одержувати грошеві суми з різних кредитових установ, біжучих рахунків, вкладів, роботи внесення в різні кредитові та інші господарські установи; заступати філію перед усіма урядовими та судовими установами, видавати різні довіреності та посвідчення від імени філії.

25. Для того, щоб постанови округового комітету набули юридичної сили, потрібна присутність не менше половини членів округового комітету, а для президії—не менш 3 членів президії.

26. Ревізійну комісію обирає з'їзд в кількості трьох осіб, що не обіймають посад в окркомітеті. Ревізійну комісію обирають на такий самий реченець, що й округовий комітет. Ревізійна комісія має право ревізувати всі установи округового комітету. Члени ревізійної комісії мають право бути на всіх засіданнях окркомітету та його президії з правом дорадчого голосу.

РОЗДІЛ IV

Центральні органи Товариства

27. Центральними органами Т-ва є: а) Всеукраїнський з'їзд Т-ва; б) центральний комітет; в) президія центрального комітету і г) ревізійна комісія центрального комітету.

28. Всеукраїнські з'їзди Т-ва бувають чергові й надзвичайні. Чергові з'їзди Т-ва скликає центральний комітет Т-ва один раз в 2 роки. Час скликання, норма представництва, порядок денний, місце та регламент з'їзду визначає президія центрального комітету і затверджує центральний комітет. Надзвичайні з'їзди скликається за власною ініціятивою ЦК або вимогою не менш одної третини всіх філій Т-ва. З'їзди є правомочні, коли на них прибуде не менш половини обраних делегатів.

29. До компетенції Всеукраїнського з'їзду Т-ва належить:

а) обирати центральний комітет Т-ва, ревізійну комісію, затверджувати статут Т-ва різні зміни та доповнення до статуту Т-ва, давати накази ЦК;

б) затверджувати бюджет, відчити центрального комітету та ревізійної комісії та їхні доповіді.

30. Протягом часу між Всеукраїнськими з'їздами найвищою установою є центральний комітет. Засідання ЦК Т-ва скликаються не менш двох разів на рік.

31. Центральний комітет Т-ва обирається в числі членів і кандидатів до них, що його встановлює Всеукраїнський з'їзд Т-ва, реченцем на 2 роки. Голову і членів президії ЦК Т-ва в кількості не менш 5 осіб обирає пленум ЦК зі свого складу.

32. До компетенції ЦК Т-ва належить:

а) обирати президію,
б) давати певні директиви президії,
в) затверджувати річний бюджет Т-ва,
г) затверджувати різні пляни роботи,
д) здійснювати постанови Всеукраїнського з'їзду Т-ва,
е) розпускати особовий склад окр. комітетів.

33. Президія ЦК Т-ва є виконавчий орган, центрального комітету та заступником всього Т-ва у всіх його справах. Вона має право:

а) одержувати всі грошеві суми, що надходять до скарбниці та на біжучий рахунок Т-ва,

б) одержувати всі грошеві суми, з поштових та кредитових установ, біжучих рахунків та вкладів, робити внески в різні кредитові та інші господарські установи,

в) витрачати засоби на потреби Т-ва,

г) виробляти загальний плян роботи відповідно до постанов Всеукраїнського з'їзду Т-ва та розробляти різні питання для внесення їх на розгляд ЦК Т-ва,

д) заступати Т-во перед усіма урядовими та судовими установами, а також в різних зносинах, що зв'язані з діяльністю Т-ва.

34. Президія ЦК збирається на засідання не менш одного разу на 2 тижні та в разі потреби на запрошення голови ЦК. Постанови президії набувають правної сили в разі присутности не менш 3 членів президії. Всі справи президія розв'язує більшістю голосів (в разі однакової кількости, голос голови дає перевагу).

35. Центральна рев. комісія складається з 5 членів та 3 кандидатів, що їх обирає Всеукраїнський з'їзд Т-ва на той самий реченець, що й центральний комітет, з осіб, які не займають жодних інших посад в центральному комітеті. Ревізійна Комісія сама призначає час своїх засідань.

36. Ревізійна комісія має право ревізувати всі установи ЦК та їхні каси. Всі акти про вчинення ревізії передається до президії ЦК. Члени ревкомісії ЦК мають право бути на всіх засіданнях ЦК Т-ва та його президії з правом дорадчого голосу.

РОЗДІЛ V

Кошти Товариства

37. Кошти Т-ва складаються з:
а) членських внесків,
б) загальних та спеціяльно призначених пожертв,
в) прибутки від лекцій, виставок, екскурсій, вистав тощо,
г) пожертв та інших надходжень.

38. Округові філії Т-ва передають певний відсоток своїх коштів, у розмірі, що його встановлює Всеукраїнський з'їзд Товариства, в розпорядження ЦК Т-ва.

39. Кошти, що їх одержує ЦК, розподіляється: на суми, призначені за кошторисом на біжучі видатки Т-ва спеціяльний капітал, призначений для дотації або кредитування окремих організацій Т-ва, запасний капітал.

РОЗДІЛ VI

Відчитні справи Т-ва

40. По закінченню операційного року всі місцеві організації Т-ва складають відчити про свою діяльність, подають їх на обміркування загальних зборів і по затвердженню їх загальними зборами, надсилають до відповідних комітетів Товариства. Округові комітети складають відчити про свою діяльність та про діяльність місцевих осередків, а також виконані кошториси своїх видатків та прибутків, подають їх на затвердження пленуму окркомітету або округового з'їзду. Затверджені відчити надсилаються до центрального комітету. Центральний комітет по одержанні відчитів від окркомітетів складає загальний відчит про діяльність Т-ва в цілому та подає його на затвердження пленуму. Центральний комітет та окркомітети подають відчити до НКОЗ і НКВС, а так само оголошують в загальній пресі дані про діяльність за минулий рік.

РОЗДІЛ VII

Зміна статуту

41. Всілякі зміни статуту так повністю, як і частково переводиться тим самим порядком, яким його зареєстровано.

РОЗДІЛ VIII

Ліквідація Т-ва та його філій

42. Зліквідувати Т-во можна за постановою Всеукраїнського з'їзду або за постановою належних органів влади. Округове Т-во ліквідується на підставі постанови Всеукраїнського з'їзду або Центрального комітету. Місцеві осередки ліквідуються за постановою округового комітету Товариства.

Майно, що залишилося після ліквідації Т-ва, передається Наркомату охорони здоров'я.

Ґолова Т-ва пропаґанди та організації здорового
народнього харчування *Нагорний*

Цього статута зареєстровано Центральною Міжурядницькою Комісією в справах реєстрації Т-в і спілок (ЦентроМІКОСО), при НКВС УСРР 1 листопада 1929 року по реєстру № 94.

Держтрест „Харполіграф" Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 856. Прим. 2.500.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромислов. Корпус „Б", 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка". Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 4 | 28 лютого 1930 року | № 4

Державна Центр. Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

ЗМІСТ

І. Про участь у засівній кампанії 1930 р.: Відозва до медично-санітарних робітників та червонохресників. 36. Про сприяння з боку органів охорони здоров'я успіхові засівної кампанії. 37. Про саносвітню роботу підчас засівної кампанії. 38. Про сприяння засівкампанії по лінії охорони здоров'я (лист до госпорганів). 39. Про участь мережі аптекоуправлінь у переведенні засівкампанії. 40. Про притягнення червохресної членської маси до участи в засівній кампанії. 41. Про участь у засівній кампанії (вдруге). 42. Попередні дані про роботу мед. сан. установ та їхніх робітників у справі допомоги засівній кампанії 1930 р. (за матеріялами 38 округ).

ІІ. Розпорядження НКЗдоров'я. А. Організаційна частина. 43. Про уважне ставлення до фахівців. 44. Про забезпечення медперсоналу житлом і транспортовими засобами 45. Про найближчі заходи щодо підготовки середнього медперсоналу та зублікарів. 46. Про перевірку дипломів лікарів. 46. Про перевіркові іспити для зублікарів, що мають перерву в роботі. 48. Про боротьбу з туудовим дезертирством лікарів. 49. Положення про екстернатуру для зублікарів. 50. Про оплату райздоровінспекторів. Б. Охматдит. 51. Про сільську ясельну кампанію влітку 1930 р. (додано контрольні цифри). В. Санітарно-епідемічна частина. 52. Про сандогляд вокзалів. 53. Про посилення сандогляду на транспорті.

54. Про неприпустимість розглядати в судустановах питання щодо визнання за певною особою медичної кваліфікації (лист НКЮ).

ІІІ. а) Інфекційні захорування по округах УСРР у грудні 1929 р,; б) інфекц. захорування по окр. містах у грудні 1929 року.

1. ПРО УЧАСТЬ У ЗАСІВНІЙ КАМПАНІЇ.

Медично- санітарні робітники, Червонохресники на участь у засівній кампанії та сприяння їй!

Весняна посівна кампанія цього року є один із загальних іспитів радянського апарату та всієї радянської суспільности.

Про кількісний маштаб колективізації вже сумніватись не доводиться, оскільки могутні лави мільйонів бідняків та середняків стали вже на цей шлях.

Тепер перед нами стоїть друге, не менш важливе питання,—це якість самої колективізації. І тут посівна кампанія та її найліпше здійснення є один із покажчиків якости самої колективізації.

В цій загальній велетенській роботі органи охорони здоров'я мусять теж опанувати велике й важливе місце. НКЗдоров'я з самого початку розгортання посівної кампанії звернув на допомогу їй велику увагу й

дав багато директив та вказівок по своїй лінії щодо участи всієї системи здоровохорони в засівній кампанії, сприяння їй тощо. При цьому НКОЗ склав конкретні форми роботи.

Кожну ланку роботи органів та установ охорони здоров'я треба якнайширше розгорнути на допомогу нашому селянству підчас засіву.

Саносвітня робота, санітарно-епідемічна, лікувально-профілактична,— все мусить стати до обслуговування нашого незаможницького та середняцького селянства. Треба теж пильно простежити, щоб усі радгоспи та кооперативні об'єднання, що стоять близько до обробки землі, і собі теж розгорнули цілу низку санітарно-освітніх, епідемічних та лікувальних заходів допомоги своїм робітничим та наймитським кадрам.

Треба мати на увазі, що на півдні, де найбільше розгорнуто колективізацію, завжди весняний засівний період надзвичайно короткий і тим напруженіше мусить працювати селянська маса і тим більше уваги повинні віддати їй організації охорони здоров'я і вся суспільність, разом із Т-вом Червоного Хреста, організовуючи практичну й широку допомогу, щоби дати можливість найбільше зберігти свої сили для цієї великої кампанії.

Наркомздоров'я та Центр. комітет Українського Червоного Хреста закликають усіх медсанробітників і червонохресну членську масу на якнайширшу та активну допомогу засівній кампанії.

36. ПРО СПРИЯННЯ ОРГАНІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСПІХОВІ ЗАСІВНОЇ КАМПАНІЇ ВЕСНИ 1930 РОКУ

До всіх окрздоровінспектур, до інспекторів охорони здоров'я Вінницької та Зінов'ївської округ.

Копії до НКОЗ АМССР, до ВУК'у М. С. Т.

Наступна весняна засівна кампанія, яка провадитиметься під гаслом посилення колективізації сільського господарства та поширення площі засіву, набуває великого значіння для всього радянського господарства. Оскільки зазначені моменти саме сприятимуть підвищенню загального добробуту країни та збільшенню її продуктових ресурсів,—успішне запровадження засівної кампанії наступної весни матиме величезне значіння також для інтересів охорони здоров'я трудящих.

Отже, всі органи охорони здоров'я по місцях, всі медробітники все медично-радянське суспільство мусить всіма засобами сприяти успішності цієї кампанії. Щоб домогтися максимального ефекту в цій справі, потрібно заздалегідь накреслити точний плян міроприємств, що їх повинні здійснити на місцях окремі ланки радянської охорони здоров'я, намітити, які конкретні міроприємства можна провести власними силами місцевих органів у інтересах дійсного сприяння успішності засівної кампанії та силами медперсоналу—насамперед—сільськими лікарями, розгорнути широку пропаганду серед селянства в цій справі.

Особливе значіння має з а в ч а с н а розробка потрібних заходів та опрацювання їх в середині самих медробітників.

Наркомздоров'я подає тут загальні директиви та обсяг конкретних міроприємств, які, залежно від місцевих умов, потрібно відповідним чином обговорити та в приступній формі викласти трудящим села підчас запровадження загальної медроботи та, особливо, в процесі саносвітньої та профілактичної роботи серед людности села.

1. Потрібно провадити широку пропаганду за розширення засівної площі (залежно від місцевих умов та за погодженням з ОЗІ) хлібних та олієвих культур, бобових рослин (сої та інш.) та овочів, виходячи з потреби поліпшити та раціоналізувати загальне харчування.

2. По округах та районах, що дуже поразливі на малярію, перед посів. кампанією та підчас її треба широко провадити лікувально-профілактичну хінізацію маляриків.

3. По комунах та артілях треба до початку засівної кампанії організувати ясла, насамперед по тих колективах, де жінка бере безпосередню участь в цій кампанії.

4. Зобов'язати лікарські бригади, які треба буде відряджувати на село, на час засівної кампанії обов'язково провадити сан. освітню роботу, висвітлюючи питання гігієни сільгосп. праці, гігієни харчування, особистої гігієни, боротьби з алкоголізмом тощо.

5. Треба вжити заходів, щоб розгорнути куточки здоров'я по Комунах та радгоспах — теж даючи обов'язкову перевагу питанням гігієни с. г. праці й т. інш.

6. Окрздоровінспектурам треба забезпечити райони великих Комун та Радгоспів пересувними виставками, або районовими саносвітніми базами, устаткувавши їх відповідним чином.

7. Окрздоровінспектурам вжити заходів через відповідні установи ВУФКУ та Політос'у про підсилення постачання сільських стаціонарних та пересувних кіно-фільмами з охорони здоров'я.

8. У лікувальній роботі треба здійснити такі заходи, що є цілком цінні в умовах нашої роботи:

а) Підготувати та своєчасно надіслати в потрібні пункти (артілі, комуни радгоспи, колгоспи та тракторні станції) примітивні аптечки швидкої допомоги, додавши до них докладні пояснення щодо користування ними.

б) Організувати негайно ті пункти швидкої допомоги, що їх передбачено за пляном окрздоровінспектури на 1929-30 рік.

в) Спростити видачу ліків для засівщиків через попередню їх фасовку на час посівкампанії.

г) Протягом часу до засіву (січень—березень) засівщиків, що потрібуватимуть ліжкового лікування приймати в округові та районові лікарні в першу чергу, ніж членів їх родин, щоб вилікувати їхніх до часу посівкампанії.

д) Переглянути години роботи в амбуляторіях на час посівкампанії (два-три тижні) з таким розрахунком, щоб засівники мали змогу одержувати допомогу або до або після виїзду в поле; бажано було б виділити годину, або пів години виключно для засівщиків.

е) Посилити на час засівкампанії обслуговування на дому дорослих засівників, виключно лікарями, щоб найшвидче відновити їхню працездатність.

ж) Своєчасно провести медогляд усіх сільгосп. робітників, що їх запрошується до обслуговування Радгоспів та тракторових колон.

9. Організувати систематичні виїзди у місця засівної роботи бригад медробітників, що здійснювали б медично-санітарне обслуговування на місці, що надавали б лікарські поради тощо.

Усю роботу треба розпочати якомога раніше, з тим, щоб запровадження зазначених заходів (їх тут далеко не вичерпано) не зазнала будьяких загаювань або шкоди.

Про заходи, що їх буде вжито, пропонується повідомляти Наркомздоров'я двічі на місяць — на 1 й 15 число.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Заст. зав. загальн. відділу *Станіславський*

(Об. розп. НКОЗУ № 7/22 з 10 січня 1930 р.).

37. ПРО САНОСВІТНЮ РОБОТУ ПІДЧАС ЗАСІВНОЇ КАМПАНІЇ

До всіх окрздоровінспектур і М. С. У., інспекторів охорони здоров'я Вінницької та Зінов'ївської округ

Копія до НКОЗ АМСРР.

Незабаром розпочнеться весняна посівкампанія. Для того, щоб своєчасно розпочати інтенсивне запровадження санітарно-освітньої роботи на селі підчас цієї кампанії НКОЗУ, пропонує зараз же розпочати підготовчу роботу, а саме:

1. Розгорнути куточки здоров'я при комунах і радгоспах, відбивши в них питання гігієни весняної с.-г. праці, боротьби з алькоголізмом, гігієни харчування та весняних інфекцій.

2. Забезпечити райони великих радгоспів, комун і машиново-тракторних станцій пересувними виставками із зазначених питань, або райсаносвітбазами.

3. Забезпечити виїзди на село кінопересувок та саносвіттеатру (де він є) з репертуаром, що відповідає посівкампанії.

4. Мобілізувати лікарів міста для переведення саносвітроботи на селі на час посівкампанії.

5. Перевести з лікарями, що поїдуть на село, інструктивну роботу постачити їх тезами розмов і масовою літературою для роздачі на місці роботи.

6. Широко використати спеціяльне число журналу „Шлях до здоров'я" — присвячене посівкампанії.

7. Дати периферії певні вказівки щодо змісту і методів саносвітроботи медподілу підчас кампанії, а також про використовування лікарів периферії для роботи в пересувних закладах.

Про переведену підготовчу роботу пропонується повідомити до 1 березня 1930 р.

Зразкові тези лекцій та додаткові матеріяли будуть надіслані найближчим часом*).

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

Зав. бюра саносвіти *Ліфшиць*

(Об. розп. НКОЗ № 41/5 з 27 січня 1930 р.).

38. ПРО СПРИЯННЯ ЗАСІВКАМПАНІЇ ПО ЛІНІЇ ОРГАНІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

До Укрколгоспу, Зерноцентру, Плодоспілки, Бурякспілки, „Техкультури", Укррадгоспоб'єднання, Зернотресту, Цукротресту, Центроспірту.

10 січня ц. р. Наркомздоров'я запропонував органам охорони здоров'я на місцях перевести в життя низку заходів щодо сприяння засівкампанії (копію до цього додається).

*) Тези було надіслано окремо. Через брак місця їх у цьому бюлетені не друкується.

Щоб успішно виконати всі завдання, що їх покладено на місцеві органи охорони здоров'я, треба, щоб відповідні господарчі організації всіляко сприяли їм у цій справі.

Окремо треба звернути увагу господарчих організацій на місцях на організацію постачання засівників доброякісною водою, гарячою їжою та інш. безпосередньо на лани, на повне задоволення потреб лікарів щодо транспорту хорих до пунктів першої допомоги та до лікарень та надавати лікарям транспорт для надання меддопомоги засівникам вдома.

Треба зобов'язати госпорганізації відводити для пунктів першої допомоги відповідні приміщення та облаштовувати їх реманентом та т. інш.

Всю підготовну роботу в цій справі треба обов'язково вести за вказівками лікарів.

Госпорганізації повинні завчасно звернутися до найближчої меддільниці з відповідними вимогами щодо організації меддопомоги засівникам.

Наркомздоров'я просить негайно сповістити про зазначене низові господарчі організації, що їх ви об'єднуєте.

Член Колегії НКОЗУ *Лініченко*

(Лист НКОЗ № 6 з 6 лютого 1930 р.).

ПОСІВНЕ

39. ПРО УЧАСТЬ МЕРЕЖІ АПТЕКОУПРАВЛІНЬ У ПЕРЕВЕДЕННІ ПОСІВНОЇ КАМПАНІЇ

До всіх окрздоровінспектур, до Зинов'ївського й Вінницького ОВК.

Копія до НКОЗ АМСРР. Копія до ЦК УЧХ.

Щоб максимально використати мережу аптечних підприємств в справі переведення посівної кампанії, Наркомздоров'я пропонує:

1. Вжити відповідних заходів щодо належної участи аптробітників в пропаганді про розширення посівної площі, переводячи цю роботу вкупі зі всіма робітниками охорони здоров'я даної місцевости.

2. Забезпечити райони, що небезпечні на малярію, належними запасами хініну, якого треба за погодженням з санепідом своєчасно забронювати у відповідній кількості.

3. Заготовити через аптекоуправління для всіх колгоспів і радгоспів вашої округи перед посівною кампанією й на ввесь час її, аптечки першої допомоги за типовим списом предметів, щодо цього додається і з докладними вказівками щодо способу вживання кожної окремої речі.

4. Щоб забезпечити швидке обслуговування членів колгоспів та радгоспів — постачити всі лікарсько-амбуляторні дільниці максимально можливими кількостями фабричних, або виготовлюваних аптекоуправлінням, готових лікових форм.

5. Встановити години роботи відповідних аптек з такого розрахунку, щоб члени колгоспів та радгоспів мали можливість одержувати потрібні їм ліки після закінчення польових робіт.

6. Постачити мережу госпрозрахункових аптек по сільських місцевостях, де немає ветдільниць Наркомзему, речами, що мають поширене пристосування у ветерінарній практиці.

Заст. Наркомздоров'я УСРР *Попова*

Заст. зав. лік. проф. відділу *Л. Трахтман*

(Об. розп. НКОЗ № 101/ЛП з 18 лютого 1930 р.).

СПИСОК МЕДИКАМЕНТОВ ДЛЯ АПТЕЧОК

1. Борная кислота 100.0 по 10.0 в пакетах с надписью („для полоскания").
2. Висмут субнитрик 0.3 дтд № 100 таблеток или порошков.
3. Иноземцева капли 50.0 (по 20 кап. при болях в животе.
4. Настойка иода 50.0.
5. Хинин солянокислый 0.3 — 50 таблеток или порошков.
6. Нашатырно - анисовые капли 50.0.
7. Буровская жидкость 100.0.
8. Сода очищенная 100.0
9. Салициловий натр по 0.3 дтд № 50 таблет. или порошков.
10. Глауберова соль 100.0.
11. Касторовое масло 150.0 по столовой ложке взрослим.
12. Доверовы порошки 0.3 дтд № 50 таблет. или порошков.
13. Эфирно - валериановые капли 50.0 по 15 - 20 капель на прием.
14. Цинковая мазь 100.0.
15. Горчичников 5 шт.
16. Ваты простой 100.0.
17. „ гигроскопической 100.0.
18. Бинты марлевые 2 вершк. 8 шт.
19. Бумага парафиновая 8 листов.
20. Мензурки для приема лекарств — 2 шт.
21. Мешочки бумажные для порошк. или таблеток — 25 шт.
22. Цинковые капли $1/2$% — 30.0.
23. Пипетки глазные — 1 шт.
24. „ ушные — 1 шт.
25. Перекись водорода — 100.0.
26. Термометры максимальные — 1 шт.

40. ПРО ПРИТЯГНЕННЯ ЧЕРВОКОХРЕСНОЇ ЧЛЕНСЬКОЇ МАСИ ДО УЧАСТИ У ЗАСІВНІЙ КАМПАНІЇ ТА СПРИЯННЯ ЇЙ.

До всіх окрфілій та Доркомів Червоного Хреста.

Зараз починається підготовча робота щодо найкращого переведення весняної засівної кампанії.

Боротьба за піднесення врожайности зараз набирає найширшого значення, а тому найближчим завданням широкої масової роботи нашого Товариства, що взяло на себе певні завдання допомогти усуспільненому секторові сільського господарства, взяти в наступній засівній кампанії найактивнішу участь. Обслуговування, принаймні першою медичною домопогою, ударних бригад, масових екскурсій, що їх передбачає перевести Наркомзем і в першу чергу зворушити навколо цієї кампанії громадську думку чер-

вонохресної членської маси. Бажано, щоби питання засівної кампанії а також практичні заходи обговорювались на президіях місцевих організацій, червонохресних активах тощо.

Про Вашу участь сповістіть Центральний Комітет.

Заст. Голови ЦК *Лініченко.*

Секретар ЦК УЧХ *Карлос.*

(Об. лист. ЦК УЧХ з 1 січня 1930 р. № 20-119)

41. ПРО УЧАСТЬ У ПОСІВНІЙ КАМПАНІЇ.

До всіх окрфілій, Доркомів та Водного Комітету УЧХ.

Першого січня 1930 р. надіслано було до вас від ЦК УЧХ обіжника про участь Червоного Хреста у весняній засівній кампанії. Центральний Комітет прохав Вас розробити конкретні пляни участи Вашої в цій роботі і про наслідки повідомити ЦК УЧХ. до цього часу від вас про це немає жодних відомостей, невидно, щоб якісь конкретні заходи Вами в цій галузі було вжито. Ще раз нагадуємо Вам про конечну потребу взяти в цій засівній кампанії якнайактивнішу участь, надавши їй характеру широкої масової роботи нашого Товариства.

Організація пунктів першої медичної допомоги та тракторний станціях, в колгоспах, артілях, комунах тощо, організація таких самих пунктів при кінномашинових товариствах тощо мусить забезпечити широку допомогу селянству від нашого Т-ва в справі організації першої допомоги. Опріч — того треба взяти якнайактивнішу участь в організації бодай на час сівби низки сільських ясел, щоби дати спроможність також і селянкам віддати максимум свого часу та уваги на весняну посівну кампанію.

Крім згаданих вище форм роботи, життя, безперечно, поставить перед низовими комітетами нашого Т-ва, ще низку конкретних інших завдань допомогти засівній кампанії як тільки вони виявлять активне і щире бажання стати до помочи населенню за цієї кампанії, яка набрала зараз такого надзвичайного розміру.

Член президії ЦК УЧХ *Холодний*

Медінспектор *Карабай.*

Секретар *Долотов.*

(Обіжний лист ЦК УЧХ № 20-151 з 31 січня 1930 року)

42. ПОПЕРЕДНІ ДАНІ ПРО РОБОТУ МЕДИЧНО-САНІТАРНИХ УСТАНОВ ТА ЇХНІХ РОБІТНИКІВ У СПРАВІ ДОПОМОГИ ЗАСІВНОЇ КАМПАНІЇ 1930 Р.

(За матеріялами 38 округ на 10-15 лютого 1930 р.).

Не зважаючи на те, що перші вказівки, а також конкретні пропозиції в справі допомоги весняній засівній кампанії ц. р. Наркомздоров'я подав місцям ще на початку січня 1930 р., відомості з місць почали надходити лише в кінці січня. Довелося телеграфом нагадати всім окрздоровінспектурам про потребу дати потрібні відомості. Нижченаведені дані складено на підставі листів і повідомлень, що надійшли, яко відповідь на телеграфні нагадування НКОЗ.

ПІДГОТОВЕЛЬНА РОБОТА.

До цієї найважливішої роботи деяка кількість окрздоровінспектур приступила (провівши підготовну організаційну роботу) у першій половині січня. Переважна ж частина окрздоровінспектур склала свої вказівки, орієнтовні пляни, а також розпочала саму роботу щодо сприяння засівній кампанії після одержання перших директив Наркомздоров'я. Останні саме й були за основу складених низовій периферії вказівок і пропозицій.

Характеризуючи підготовельну роботу (до черги відомості про неї подали 23 окрздоровінспектури), треба сказати, що здебільша її було запроваджено без особливого спізнення, але активність далеко не всюди була однаковою. Наприклад, в округах Сталінській, Куп'янській, Зінов'ївській, Проскурівській, Могилівській, Вінницькій, Шепетівській та деяких інших окрздоровінспектури обмежилися складенням більш менш загальних вказівок, до деякої міри конкретизуючи найважливіші моменти, взявши просто за основу вказівки, що склав НКОЗ. Друга частина окрздоровінспектур (Запорізька, Чернігівська, Київська та інші) скликали широкі наради медично-санітарних робітників, подекуди навіть спільно з робітниками підприємств, причому до своїх вказівок подали потрібний політичного змісту матеріял. Останній, проте, в певній мірі міститься в пропозиціях та зауваженнях більшости окрздовінспектур. Треба відмітити, що згідно з власним визнанням Шепетівської, Глухівської та Зінов'ївської округ, підготовельна робота там до деякої міри загаялася.

ЗВ'ЯЗОК З ГРОМАД. ОРГАНІЗ.

Відомості, що подали в цьому питанні 11 округ, свідчать про досить щільний зв'язок із місцевими організаціями профспілки Медсантруд, а подекуди з іншими громадськими організаціями, як Т-во „Культзмичка", УЧХ „Геть неписьменність" та інші. Окремі випадки свідчать про досить жваву роботу з громадськими організаціями в здійсненні шефства (Проскурівщина), притягуванні фахівців, агрономів, вчителів та інш. (Коростенщина, Конотопщина) та інш.

ПЕРША ЗАПРОВАДЖЕНА РОБОТА

а) лікарські бригади:

Цього заходу вживають 28 окрздоровінспектур, причому на практиці запроваджують різними методами. Деякі окрздоровінспектури (таких є більшість) вживають організації бригад із складу лікарів та інш. медперсоналу окрміста, відряджуючи ці бригади за певним чергуванням і розписом у сільські місцевості, прагнучи відрядити ці бригади насамперед в райони суцільної або взагалі досить розвиненої колективізації. Інші окрздоровінспектури спільно з РЗІ розверстали сільських лікарів з тих районів, де їхня кількість є більш-менш задовольняючою й дозволяє робити такі перекидання. На вищезгадану дату, себ-то 10—15 лютого, цифровий матеріял, що подали 22 окрздоровінспектури (шість ОЗІ тільки згадують про організацію бригад, не зазначаючи цифр), становить таке: —утворено 111 бригад мішаного складу, себ-то за участю так вищого, як і середнього, а подекуди і нижчого медперсоналу. У згаданих бригадах беруть участь 194 лікарі (з них 25 зублікарів), 110 чоловіка середнього медичного персоналу.

Хоч переважну більшість бригад складено саме із лікарів, лікпомів і сестер, все ж таки подекуди ми стикаємося й з участю в цих бригадах робітників од варстату (Конотоп, Харків, Сталіно), беруть участь також інші фахівці, як ветлікарі (Миколаївщина), фармробітники, а також лікарі окремих фахів, як харчовики, епідеміологи та інш.

Треба відмітити, що по деяких округах (Миколаївська, Лубенська, Білоцерківська) було складено бригади, що мають на меті обслуговування окремих дільниць роботи—щодо боротьби з вогнищами висипного тифу, епізоотіями, в питаннях саносвіти; декілька бригад було відряджено для суто-підготовельної роботи агітаційного чину, себ-то на висвітлювання політичних моментів і важливости наступної засівної кампанії.

Відомості й наслідки роботи бригад, звичайно ще малі, бо робота триває дуже недовгий час. Проте деякі ОЗІ, як Кременчуцька, Мелітопільська повідомляють про позитивний вплив, що править робота бригад на місцях.

б) Організація курсів.

Ті окрздоровінспектури, що вживають цього заходу, практикують організацію курсів саме в тих місцях, де потреба в них є особливи великою. Здебільша курси першої допомоги утворюється при машиново-тракторних станціях, а також по великих радгоспах та окремих комунах. Курси підготовки охматдитниць (молодших сестер і санітарок) утворюється не тільки в окрмістах, але також і в районах суцільної колективізації (Сталінщина—на 85 слухачок, Сумщина—на 70 сестер, Луганщина—на 70, Кам'янеччина—на 100 слухачок та інш.) Кількість курсів неможна тепер підрахувати, бо відомості ще далеко не остаточні. Старобільська ОЗІ повідомляє, наприклад, що курси першої допомоги утворено по всіх районах, так само повідомляє Київська ОЗІ.

в) пункти першої допомоги.

Утворення цих пунктів зустрічає, звичайно, певні труднощі, через брак в ОЗІ потрібних коштів, а також неможливість швидко мобілізувати потрібні кошти з боку самих колгоспів, що переживають саме період своєї первісної організації. Ось чому про утворення пунктів першої допомоги повідомляє поки що невелика кількість округ (Луганська, Херсонська,

Старобільська), Вінницька, Білоцерківська, Роменська, Мелітопільська, Коростеньська) Наведемо окремі приклади:

а) Біла Церква утворюється ціла пересувна поліклініка, що відвідуватиме райони суцільної колективізації. До складу цієї пересувної поліклініки входять не тільки лікарі, але також партійці, агітробітники, що провадитимуть певну політосвітню та саносвітню роботу.

б) Ромен — утворено окрему амбуляторію на машиново-тракторній станції імени Сталіна, та амбуляторію при кущовому об'єднанні колгоспів,

в) АМСРР — утворено амбуляторію в комуні „Маяк".

г) Коростень — утворено шість лікарських і шість акушорських пунктів, що обслуговують два райони суцільної колективізації (Городниця, Олевське).

д) Луганщина, Херсонщина, Старобільщина та інш. вже утворили по 5—6 пунктів, прямуючи на утворення таких по великих комунах і радгоспах,

е) Вінниця — складений кошторис передбачає організацію нових 84 пунктів першої допомоги, з яких 63 будуть польові (тимчасові).

г) аптечки швидкої допомоги.

Не зважаючи на те, що обіжний лист НКОЗ давав у справі забезпечення усуспільненого сектора ліковою допомогою тільки загальні вказівки, на місцях цю директиву зрозуміли цілком правильно. Нажаль цифровий матеріял подали порівнююче небагато окрздоровінспектур Ті ж, що подали, розвинули досить жваву роботу, досягши задовільних наслідків. Наведемо окремі приклади:

а) Київ — надіслано 150 аптечок першої допомоги із 150 термометрами, також 15 аптечок для ясел, до яких додано по 4—6 кіло риб'ячого жиру. Разом із цим відпущено 1.200 зубних щіток і потрібну кількість порошку для зубів,

б) Гумань — виготовлено аптечні комплекти для 3000 колгоспів, причому окрздоровінспектура замовила для цього спеціяльні портативні скриньки,

в) Волинь — складено 200 аптечних комплектів для районів засіву.

г) Полтава — 30 аптечок.

д) Дніпропетровське — складено 40 аптечок, а також виготовлюють індивідуальні фармпакети для учасників колгоспів.

е) Кривий Ріг, Суми, Старобільське, Сталіне та інш. склали аптечки для всіх районів, зокрема для найбільших радгоспів і колгоспів. Старобільська ОЗІ замовила механічному заводові виготовити спеціяльні скриньки для аптечок.

д) Організація ясел і майданчиків.

Відомості про цю галузь роботи подали тільки 10 окрздоровінспектур. Цифри, що вони їх наводять, є частиною здійснення того загального пляну розвинення ясельної та оздоровдитської мережі, що накреслив НКОЗ, а також місцеві організації на поточний рік. Отже в цих десятьох округах (Запорізькій, Луганській, Сумській, Сталінській, Волинській, Херсонській, Роменській, Гуманській, та Першомайській) відкрито або незабаром відкривається 560 ясел, з яких декілька десятків припадає на постійні ясла. Кількість майданчиків поки що порівнююче незначна, їх у трьох округах — Сумській, Волинській і Роменській утворено 73 (на першому місці стоїть Сумська ОЗІ, що утворює 46 майданчиків.

Треба зазначити, щодо справи організації установ охматдиту на місцях окрздоровінспектури підходять досить уважно, прагнучи якнайбільше притягти кошти громадських організацій: у Сталінській окрузі, наприклад, 10 ясел організовано на кошти суспільства. Про дитячі консультації майже ніхто (крім АМСРР) поки що не згадує.

е) Інші заходи. Пристосування роботи.

Залежно від місцевих умов подекуди вживають також окремих заходів, як от: у Київі місцеві наукові інститути призначили спеціяльно для засівників окремі ліжка — 3 в інституті ОХМД, 2 стаціонарні та 4 амбуляторні місця та в Психо-Неврологічному інституті 2 ліжка в клінічному інституті. Роменська ОЗІ подбала про посилення транспорту для 5 медичних подільків у районах суцільної колективізації. Декілька округ повідомили про пристосування годин і розкладу роботи до умов і потреб сільського господарства. У Біло-Церківській, Сумській, Вінницькій, Волинській, Херсонській та інших округах перезсунули години прийому на вечір, себ-то на час, коли селянство може відвідувати амбуляторію, або лікарню.

Щодо надання засівникам пільг в розумінні першочергового прийому, відпуску ліків та інше, про це згадує лише декілька окрздоровінспектур.

САНОСВІТ РОБОТА

За деякий час після того, як було надіслано місцям обіжний лист НКОЗ про заходи сприяння засівній кампанії, по лінії саносвіт бюра склали ще додаткові інструкції та вказівки щодо заходів саносвітньої роботи. (Варто відмітити, що саносвіт бюро, обіцявши незабаром надіслати місцям додаткові матеріяли та тези, зробило це лише у другій половині лютого місяця).

Заходи окремих окрздоровінспектур правлять позитивне враження так в розумінні напрямку роботи, як і її маштабу. Звертає на себе увагу робота Київської ОЗІ, що склала багато конкретних інструкцій та

положень про роботу пересувних амбуляторій, тимчасових і постійних медпунктів, конспекти лекцій, пляни роботи осередків суспільности, окремих агітвиступів та інш.

Робота більшости окрздоровінспектур полягає в організації стаціонарних і пересувних виставок саносвіти, так загального чину, як і присвячених окремими моментам — боротьбі з алкоголізмом, боротьбі з травматизмом, боротьбі з релігією та інше. Із окремих прикладів наведемо декілька, що їх можна визнати за досить значні.

а) Вінниця — улаштовано 60 кутків здоров'я по комунах і колгоспах. Так само роблять Кам'янецька, Дніпропетровська і Біло-Церківська окрздоровінспектури.

б) Полтавська, Волинська та Гуманська ОЗІ утворюють виставки з окремих питань.

в) Сумська ОЗІ добилася того, щоб на всіх агрокурсах викладалося дисципліни щодо оздоровлення побуту і праці.

г) Проскурівська ОЗІ запропонувала цілком використати всю наявну літературу, що її було надіслано з ріжних джерел. ОЗІ надіслала місцям літературу спеціяльно для почекалень, що є в амбуляторіях і лікарнях.

Треба зазначити, що саносвітроботу на місцях розгортають взагалі до деякої міри повільно. Треба сподіватися того, що складені Наркомздоров'ям пляни та конспекти нададуть цій галузі роботи більше конкретности.

СТАВЛЕННЯ МЕДПЕРСОНАЛУ. Про велике зрушення настроїв, темпів роботи, а також інтенсивність її свідчать майже всі окрздоровінспектури. Подекуди (Мелітопіль, Ромен, Київ, Дніпропетровське, Бердичів та інш.) спостерігається великий рух лікарів на допомогу засівній кампанії та взагалі колективізованим господарствам. Дякуючи роз'яснювальній роботі, пощастило тепер заповнити багато медподілків, що пустували по декілька місяців і навіть років (Мелітопільщина, Дніпропетровщина, Першомайщина). Наведемо ще окремі приклади:

а) Київ — міські лікарі добровільно згодилися заступати тих лікарів, що від'їхали в села, щоб не треба було запрошувати нових лікарів.

б) Мелітопіль — міська маса медробітників оголосила себе мобілізованими на засівну кампанію. Щоб краще розподілити наявний кадр медробітників (їх там взагалі бракує), за взаємною згодою встановлено так, що кожний лікар обслуговує вакантні медподілки протягом 2 місяців підряд, потім чергує другий, третій та інш.

в) Ромен — Бердичів — лікарі беруть участь у шефській роботі, виявляючи збільшений інтерес до шефства над селом, 5 лікарень Бердичівської округи мають шефство над колгоспами.

г) В Одесі на час засівної кампанії виїжджає на село більшість апарату самого ОЗІ.

Із складу Бердичівської ОЗІ для цього виділено 5 відповідальних робітників.

КОРОТКІ ВИСНОВКИ: а) Більшість окрздоровінспектур цілком правильно й свідомо підійшла до розв'язання найважливішої справи сприяння засівній кампанії 1930 року. Переважну більшість заходів добре скеровано потрібним напрямком—забезпечити медичним, культурним та політичним обслуговуванням райони суцільної колективізації, а також найбільші колгоспи комуни й радгоспи. Цілком правильно зосереджується організація пунктів першої допомоги близько до скупчення машиново-тракторних станцій, а також механізованих великих сільських господарств.

б) Вживання методи відрядження лікарських бригад охопило досі не всі округи, а тому потрібує безперечно дальшого розвитку. Окрздоровінспектурам треба в цьому напрямкові провести широку масову роботу, прагнучи додержування потрібної громадськости в цій справі, зберігаючи за собою керівництво, щоб не потерпіла медична допомога в тих місцях, відкіля відїжджають лікарі.

в) У матеріялах дуже незначно висвітлюється заходи щодо боротьби з пошестями, а також моменти попередження захорувань. Невеличких порівняльно випадків відрядження персоналу для профілактичної хінізації окремих загрозливих районів безперечно недосить. Потрібує дальшого розвинення справа вкорінення через медперсонал засад здорового колективного харчування, додержування чистоти в помешканнях, гуртожитках тощо.

Влаштування лазень по колгоспах досі стоїть поза увагою окрздоровінспектур, бо в матеріялах про це згадується дуже мало. Подекуди активну роботу провадять комітети УЧХ. Треба нашим окрздоровінспектурам глибше втрутитися в цю справу.

г) Піднесення настроїв і навіть ентузіязму медично-санітарного персоналу треба тепер як найбільше використати для дальшого розвинення обслуговування усуспільненого сектору взагалі, а не тільки на час засівної кампанії. Ударність цієї кампанії не треба припиняти аж до кінця її.

д) З боку керівних органів так центральних, як і окружних та районових треба встановити постійний догляд запровадження роботи щодо допомоги засівній кампанії, налагодивши постійний облік.

II. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я

43. ПРО УВАЖНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ФАХІВЦІВ.

До всіх окрздоровінспектур та МСУ, до „Зінов'ївського та Вінницького ОВК'ів, копія до НКОЗ АМСРР.

Останнім часом спостерігається чимало випадків надзвичайно неуважного ставлення до фахівців медичної справи. Це неуважне ставлення іноді набуває зовсім виродливих форм переслідування лікарів, наговорів на них, склок та інш.

Річ тут іде вже не тільки про багаточислені напади на лікарів, брудне лаяння лікарів за небажання (на думку „хворого") дати звільнення з роботи, за ніби-то поверховий огляд та обслідування, за відмовлення відрядити на курорт тощо. На такі випадки місця реагують недосить активно. Подекуди обмежуються повідомленням відповідного профосередку й не цікавляться дальшими наслідками складеної скарги, причому нерідкі випадки, коли винні залишаються непокарані.

Останнім часом трапляються окремі випадки переслідувань медробітників та цькування їх з боку вищих за службовим станом осіб, або підлеглих службовців, причому подекуди це явище набувало ганебного чину, призводило до того, що окремі медробітники удавалися до того, щоб заподіяти собі смерть (справа лікарки Груніної в Кам'янці, лікаря Крицман у Зінов'ївському та інш.). Щож до випадків прямої зневаги до інтересів медробітників, безпідставних перекидань лікарів, ненадання їм елементарних вигод, що вимагає їхній службовий стан та умови роботи, таке трапляється дуже й дуже часто. Цьому треба рішуче покласти край. Неможна припускати, щоб у той час, коли стан меддопомоги в реконструктивний період вимагає якнайбільшого посилення роботи, на цьому важливому фронті нашої роботи траплялися такі прориви. А це можна цілком обґрунтовано назвати проривом, бо цькування фахівців правлять небезпечне враження на багатьох робітників, послаблює роботу, службову дисципліну тощо.

Особливо ж ненормальним є такий стан у той час, коли треба всіма силами намагатися піднести культурно-політичний рівень медробітника, особливо ж лікаря, що на теперішній час у певній своїй частині потрібує такого виховання в радянському розумінні.

Розумне та уважне ставлення до інтересів фахівця, забезпечення йому належних умов роботи, мусить стати прямим обов'язком кожного адміністратора, кожного робітника медсанустанови.

НКОЗ вимагає, щоб окрздоровінспектури поряд негайного реагування на такі випадки, так само негайно повідомляли НКОЗ так про самі випадки, як і про заходи, що їх було вжито.

Наркомздоров'я *Канторович.* Зав. Орг. Інстр. Відділу *Кушнір*

(Обіжне розп. НКО № 7-2 з 23 лютого 1930 р.)

44. ПРО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДПЕРСОНАЛУ ЖИТЛОМ І ТРАНСПОРТОВИМИ ЗАСОБАМИ.

До всіх окровинкомкомів. Копія: — до Оргінстру ВУЦВК'у Управління Справ РНК УСРР РНК АМСРР:

По робітничих селищах і особливо по сільських місцевостях гостро почувається брак медперсоналу.

Основна причина ухилення значних кадрів медробітників від служби на периферії — є важкі умови роботи периферійного медперсоналу. За-

крема, увась час до НКОЗУ надходять скарги з периферії, що місцеві органи влади не вживають належних заходів, щоб забезпечити медперсонал житлом і транспортовими засобами для медобслуговування хворих.

Надаючи справі вкомплектування периферії медперсоналом великої ваги, НКОЗУ просить вжити всіх рішучих заходів, щоб забезпечити медперсонал по робітничих селищах та сільських місцевостях житлом, надаючи його натурою. а в разі повної неможливости — грішми.

Одночасно НКОЗУ просить забезпечити цей медперсонал і транспортовими засобами так, щоб жодної переферійної меддільниці не було без транспортового обслуговування, що потрібно виконання директиви наших керівничих органів про переважне обслуговування на селі меддопомогою селянства та наймитів.

Про вжиті заходи в цій справі НКОЗУ просить його повідомити.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч.* Зав. орг. інстр. відділу *Кушнір.*

(Лист НКОЗ ч. 7-2 з 23 лютого 1930 р.).

45. ПРО НАЙБЛИЖЧІ ЗАХОДИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ СЕРЕДНЬОГО МЕДПЕРСОНАЛУ ТА ЗУБЛІКАРІВ.

До всіх окрздоровінспектур, Медсанупрів та секцій охор. здор. міськрад, до Зінов'ївського та Вінницького окрвиконкомів

На останньому Всеукраїнському з'їзді охорони здоров'я надто виразно позначився брак кваліфікованого медперсоналу, що загрожує затримати розвиток охорони здоров'я на місцях. На з'їзді визначено низку заходів, ліквідувати цю прогалину. а також запропоновано використати й форму заочного навчання для підготовки й підвищення кваліфікації медперсоналу.

Відповідно до цього при НКОЗ організовано спеціяльне бюро заочного навчання, що ставить, як своє найближче завдання таке:

1. Організувати 12 місячні заочні курси для кваліфікації всього середнього медперсоналу лікувально-санітарних установ, що не має ніякої теоретичної підготовки, або з малою підготовкою, причому на ці курси підлягає обов'язковому залiченню ввесь зазначений персонал (ротні фельдшери, сестри військового часу, середній персонал. що закінчив короткотермінові курси, особи, що загубили свідоцтво про закінчення школи тощо).

2. Організувати 6 місячні заочні курси піднесення кваліфікації для: а) акушерок б) середнього медичного персоналу, що скінчив нормальну школу.

3. Організувати $1^1/_2$ річні заочні курси для перекваліфікації зубних лікарів на лікарно-одонтологів.

Опріч того, тепер НКОЗ опрацьовує питання про заочну підготовку нових кадрів середнього медперсоналу, добираючи слухачів із робітничо-селянського середовища сільрайонів та міських підприємств прикріплюючи їх до районних. окружних лікарень для практичного опрацьовування всіх питань заочного навчання.

Такі спеціяльні курси організовуватимуться так для персоналу догляду хворих, як і для обслідувачів.

Ці заходи дадуть нам змогу протягом короткого часу за порівняльно невеликих матеріяльних витрат місць поповнити теперішній брак середнього медичного персоналу.

Якщо всі ці заходи треба визнати, як тимчасові, окрздоровінспектура на місцях повинна визначити низку конкретних заходів для організації при окружних лікарнях нормальних медичних шкіл, а тому, що медосвіта перебуває ще у віданні органів НКОЗУ, справи організації мед. шкіл треба погоджувати з ОкрІНО.

Помітні тенденції окремих округ розгортати сітку різного типу короткотермінових курсів (3-6 місячних і, навіть, річні) для підготовки середнього медичного персоналу треба визнати за небажані й непотрібні. НКОЗ пропонує не вживати такої кустарної методи підготовлювати нові кадри. що може спричинити лише до непотрібних витрат коштів, щоб згодом порушувати питання про звільнення цього персоналу, або про організацію нових курсів для піднесення його кваліфікації.

Фіксуючи вашу увагу на заходах, що їх визначив НКОЗ, пропонуємо в найкоротший строк реалізувати нашу пропозицію від 31 січня ц. р. № 7/1, зобов'язавши всіх осіб середнього медперсоналу вступити до організованих заочних курсів відповідно до пункту 3 надісланих до Вас положень про курси.

Одночасно ми вважаємо за потрібне. щоб усі ОЗІ надіслали до НКОЗ свої міркування щодо визначування заходів та що зроблено на місці для реалізації всіх директив НКОЗУ взазначеній справі й насамперед нашого розпорядження від 31 січня ц. р № 7-1.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч.* Зав. Орг. Інстр. Відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-2 з 20 лютого 1930 р).

46. ПРО ПЕРЕВІРКУ ДИПЛОМІВ ЛІКАРІВ.

До всіх окрздоровінспектур, МСУ
„ Зінов'ївського та Вінницького ОВК
„ Секцій охор. здоров'я Харк. М.-Ради.
Копія: „ НКОЗ АМСРР

Останнім часом знов виявились факти посідання лікарських посад особами, що не мають дипломів, або свідоцтв про закінчення медінституту. (Прилуцьк, Бердич., Київськ., Б.-Церківськ. окр.). Не зважаючи на постанову РНК УСРР з 17 квітня 1924 р. правила профес. роботи медперсоналу (Зб. Уз. УСРР 1924 р. № 10, арт. 94), а також інструкцію по обліку медперсоналу (Бюл. НКОЗ 1927 р. № 7—8). які передбачають, що доказом лікарської кваліфікації є лише свідоцтво або диплом учбового закладу, — округи недосить уважно ставляться до цього питання, приймаючи, як доказ лікарської кваліфікації, різні довідки про попередню службу на посаді лікаря. В наслідок цього є випадки праці самозванців на лікарських посадах.

Отже, щоб надалі усунути це явище, Наркомздоров'я пропонує до неухильного виконання таке:

1. Перевірити наявність дипломів у всіх лікарів округи:
2. Приймаючи лікаря на службу, обов'язково вимагати подання оригіналу диплома медінституту, причому копію цього диплому треба залишати в справах окрздоровінспектур або МСУ.
3. В трудові списки лікарів треба внести число диплому, зазначаючи дату його та якого медінституту.
4. Сповісти негайно НКОЗ спис всіх лікарів, що не мають дипломів або свідоцтв про закінчення медінституту.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

За зав. орг. інстр. відділу *Станіславський.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-2 9 лютого 1930 р.)

47. ПРО ПЕРЕВІРКОВІ ІСПИТИ ДЛЯ ЗУБЛІКАРІВ, ЩО МАЮТЬ ПЕРЕРВУ В РОБОТІ

До всіх окрздоровінспектур
„ „ медсанупрів
„ „ Зінов'ївського й Вінницького ОВК

Копія: до мед. інститутів
„ ЦП посередбюро медробітників при НКПраці
„ ВУК МСТруда.

Останнім часом до Наркомздоров'я та Наркомосвіти звертається багато осіб, що одержали зуболікарську освіту, але не працювали за своїм фахом з проханням надати їм можливість поновити свою кваліфікацію.

Отже, Наркомздоров'я за погодженням з Наркомосвітою в додаток до інструкції НКОЗ та НКОсвіти з 10-III-1927 р, (Бюл. НКОЗ 1927 р. № 6) встановлює таке:

1. Особи, що закінчили кол. зуболікарські школи УСРР випуску до 1921 р. включно, склали державний іспит та одержали диплом або тимчасове свідоцтво мед. факультетів, але не працювали за фахом більше 5 років в разі бажання працювати за фахом повинні пройти чотиримісячний практичний стаж в зуболікарській установі, та скласти практичний іспит.
2. Особи, що закінчили кол. зуболікарські школи, але не складали державного іспиту, мають свідоцтва від зуболікарських шкіл про закінчення та не працювали за фахом більш 5 років в разі їхнього бажання працювати за фахом, повинні пройти шостимісячний стаж та скласти практичний та теоретичний іспит за програмом, що до цього додається.
3. Щоб поновити свою зуболікарську кваліфікацію особи, що мають зуболікарську освіту, та не працювали за фахом (п. п. 1 та 2), повинні подати до відповідної окрздоровінспектури заяву, додаючи свідоцтво про зуболікарську освіту. довідки про попередню

роботу, свідоцтво про народження, про соціяльний стан, професійний білет (для членів профспілок) та підписку про відслуговування на посадах зубного лікаря за вказівками окрздоровінспектури або НКОЗ протягом одного року після скінчення стажу та складання іспиту.

Окрздоровінспектура після розгляду документів напрямляє таких осіб двічі на рік, 15 липня та 15 лютого для проходження практичного стажу (4 або 6 міс—див п.п. 1 та 2) до кваліфікованої зуболікарської установи окр. міста, де є відповідні кваліфіковані робітники.

Примітка: Перебування осіб на зуболікарських курсах терміном не менш 4 місяців—зараховуеться на практичний стаж. Осіб, що пройшли ці курси, треба припускати до іспитів без попереднього стажу.

4. Після одержання від окрздоровінспектур на підставі довідок від зуб. лік. установи посвідчення про успішно переведений стаж протягом встановленого терміну, особу що має зуболікарську освіту, ОЗІ напрямляє для складання іспиту до одонтологічних факультетів в Киеві та Харкові або до Одеського інституту зуболікування за програмом що до цього додається.

Іспити провадяться комісією під головуванням декана в Одесі директора інституту зуболікування в складі двох фахівців, представника окрздоровінспектури та окр. відділу Медсантруд двічі на рік 15 січня та 15 червня.

Особи, що їх припускається до іспиту вносять за це платню медінституту чи інституту зуболікування—25 карб.

5. Особам, що мають диплоии зубного лікаря та, що успішно склали іспити передбачено п. 1—медінститути чи Одеський інститут зуболікування роблять відмітки на дипломах. На підставі обіжника Наркомздоров'я та „Наркомосвіти № 7/2 з 2 лютого 1930 р. успішно пройшов практичний іспит і має право на роботу, як зубний лікар".

Примітка. Особам, що мають тимчасове свідоцтво про закінчення зуболік школи та складання державних іспитів медінститути змінюють ці тимчасові свідоцтва на дипломи.

6. Особам, що не мають дипломів або свідоцтв про складання держ. іспитів, такі дипломи після іспитів видають медінститути.

7. Зубні лікарі, що пройшли стаж, склали встановлений іспит та одержали відповідний диплом від медичного інституту підлягають реєстрації в окрздоровінспектурі та на біржі праці.

8. Мед. інститути після закінчення сесії сповіщають Наркомздоров'я про кількість зублікарів, що їх кваліфікувала комісія та пересилає диплома кожного зублікаря до відповідної окрздоровінспектури.

Додаток: програм іспитів.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович.* Заст. Наркомосвіти *Полоцький*

Заст. зав. загальн. відділу НКОЗ *Станіславський.*

Погоджено: НКПраці; ВУК МСТруд (підпис) *Шевченко.*

(Спільний обіжник НКОЗУ та НКО ч. 7/2 з 2 лютого 1930 р.).

Програм теоретичних іспитів для зублікарів, що закінчили зублікарську школу, але не склали державного іспиту.

1. Спеціяльна анатомія. 2. Фізіологія, 3. Патологічна фізіологія. 4. Загальна хірургія. 5. Фармакологія з рецептурою. 6. Клініка хороб зубів та ротової дуплини. 7. Курс екстракцій в місцевою анестезією. 8. Клініка протезування.

Примітка: Іспити провадяться з зазначених дисциплін в обсязі старих зуболікарських шкіл.

Програм практичних іспитів.

1. Здача двох хворих з клініки хороб зубів та ротової дуплини.
2. Здача одного хворого з курсу екстракції.
3. Здача одного хворого з клініки протезування.

48. ПРО БОРОТЬБУ З ТРУДОВИМ ДЕЗЕРТИРСТВОМ ЛІКАРІВ.

До всіх окрздоровінспектур та МСУ, до Вінницького та Зінов'ївського ОВК. Копія:—до НКОЗ АМСРР.

Останнім часом до НКОЗ надходять відомості з ріжних округ про самовільне залишення роботи лікарями вип. 1928 р.

Наркомздоров'я пояснює, що за постановою ЦВК і РНК від 18 травня 1929 р. та інструкцією НКЗ та НКП від 30 вересня 1929 року — лікарі вип. 1928 року після закінчення стажу повинні залишатись на місцях для обов'язкової трирічної служби за вказівками відповідних окрздоровінспектур та МСУ.

Залишити роботу лікарями вип. 1928 і 1929 років без дозволу відповідних ОЗІ та МСУ категорично забороняється.

Всім окрздоровінспектурам та МСУ пропонується терміново надіслати до НКОЗ списки лікарів згаданих випусків, що без дозволу залишили роботу, для оголошення їх у списку дезертирів праці. Поки трирічну службу не буде скінчено, дипломів лікарів вип. 1928-29 року не видавати.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович*

Зав. орг.-інстр. відділу *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-2 з 17 лютого 1930 р.)

Погоджено: НКЗдрав *Канторовіч.*

Погоджено: ВУК Медсантруд *Шевченко.*

49. ПОЛОЖЕННЯ

про екстернатуру для зубних лікарів на кваліфікацію лікаря-одонтолога.

На підставі § 5 „Положення про екстернатуру, що його затвердили ВУЦВК та Раднарком 8-VII 1927 року (Зб. Уз. 1927 р. № 30, арт. 141) Народній Комісаріят Освіти УСРР постановив:

1. Зубних лікарів, що закінчили нормальну зуболікарську школу, до 1920 р. включно та останні 3 роки працювали на практичній роботі за своїм фахом в одній з лікарсько-санітарних установ УСРР, дозволяється допускати до іспитів на кваліфікацію лікаря-одонтолога (екстерном).

2. Заяви про екстернат з дипломом на кваліфікацію зублікарів, довідкою про медроботу за останні 3 роки довідкою про соцстан та клопотання окрфілії МСТ подаються до Харківськ. або Київськ. мед. інститутів.

3. Іспити переводяться при одонтологічних факультетах Харківського та Київського медінститутів тричі на рік в спеціяльних сесіях кваліфікаційної комісії, терміни яких встановлює правління мед. інститутів.

4. До складу комісії входять: 1) Декан одонтологічнього факультета — голова, 2) Представник окрздоровінспектури, 3) Представник окрфілії Медсантруд та 4) Професор даної дисципліни.

5. Мед. інститут влаштовує для екстернів при потребі семінари й контрольні роботи.

6. Іспити переводяться за встановленими групами дисциплін та лише після складання всіх дисциплін порядкової групи, екстерна допускають до складання дисциплін наступної групи.

Увага 1. Коли екстерн не склав іспита з будьякої дисципліни, то йому надається право складати цю дисципліну ще раз, але ж не пізніш початку іспитів наступної групи.

2. Коли екстерн вдруге склав іспити незадовольняюче, то питання щодо припущення його до дальшого складання іспитів розв'язує Правління Мед. Інституту.

7. Знання дисциплін, що їх передбачено положенням про екстернатуру, вимагаються в обсязі програму, встановленого для одонтологінних факультетів.

8. Кожний екстерн сплачує за ввесь час переведення екстернатури 60 крб. для оплати витрат, що зв'язані з переведенням екстернатури.

9. Всі дисципліни, що їх має скласти екстерн — розподіляються на три групи:

І. 1) анатомія, 2) гістологія, 3) патологічна анатомія, 4) фізіологія з фізіологічною хемією, 5) бактеріологія, 6) біологія.

ІІ. 1) патологічна фізіологія, 2) фармакологія, 3) загальна гігієна, 4) гігієна професійна та соціяльна, 5) внутрішні хвороби, 6) топографічна анатомія з операційною хірургією голови.

III. 1) частина хірургія рота (з виявленням знання екстерна з загальної хірургії, 2) загальний теоретичний курс одонтології, 3) операцій на зублікування, 4) хвороба уха горла, носа, 5) нервові хвороби, 6) кожно-венеричні хвороби, 7) очні хвороби, 8) дитячі хвороби.

10. Вся екстернатура проводиться в 2-річний термін.

Увага. Зублікарі можуть скласти іспити в термін менший, ніж його встановлено.

11. Після задовольнюючого складання іспитів зі всіх встановлених дисциплін, екстерн одержує диплом на кваліфікацію лікаря-одонтолога.

12. Екстернам, що одержують кваліфікацію лікаря-одонтолога, дипломів на кваліфікацію зублікаря не повертають, а залишають разом з їхніми справами в архівах медичних інститутів.

Заст. Наркомосвіти *Полоцький.*

Заст. Зав. Упрофосу (Підпис)

Ст. Інспектор мед. освіти *Ткаченко.*

(Об. розп. НКО, погоджене з НКОЗУ та ВУК МСТ).

50. ПРО ОПЛАТУ РАЙЗДОРОБІНСПЕКТОРІВ

До всіх Окрздоровінспектур Зиновївського й Винницького ОВК

Копія до НКОЗ АМСРР

Наркомздоров'я надсилає для керування копію листа НКПраці УСРР з 28 січня 1930 р. ч. 50866 про оплату осіб, що на них покладено обов'язки районових інспекторів охорони здоров'я.

Воднораз НКОЗ пропонує простежити за повним переведенням у життя згаданої постанови НКП без змінювання встановленого розміру оплати, а про порушення цієї постанови — повідомляти НКОЗ.

Наркомздоров'я звернувся до НКФіну з клопотанням скласти по своїй лінії розпорядження передбачити за місцевим бюджетом витрати на зазначену тут оплату.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Зав. фін- контор. відд. *Водкін*

(Об. розп. НКОЗ ч. 12 — 24 з 1 лютого 1930 р.)

Копія.

До всіх окрвідділів (інспектур) праці

Вважаючи на непорозуміння, що виникають на місцях з приводу оплати осіб, на яких покладають виконання обов'язків райінспекторів охороні здоров'я, Народній Комісаріят Праці УСРР пропонує Вам у цій роботі керуватися отаким:

1. Для осіб, на яких покладають виконання обов'язків райінспекторів охорони здоров'я без відповідного зменшення обов'язків по основних посадах, що вони їх обіймають треба за цю роботу встановити в 1929-30 р. особливу оплату в отакому розмірі

Пояс	Окрмісто (карб.)	Райцентр міського типу (карб.)	Решта місцевостей округ. (карб.)
I	40	35	30
II	35	30	25
III	35	30	25

2. Передбачену арт. 1 цього листа оплату, слід розглядати, як винагороду за виконання окремих обов'язків (за сполученням), а не як надвишку до основного окладу особи, на яку покладають виконання наведених обов'язків.

3. Передбачену в арт. 1 цього листа оплату треба провадити з часу оформлення в відповідному порядкові заведення зазначеної посади.

Наркомпраці УСРР *Гулий*

Т-во Зав. ТКВ НКП УСРР *Гмиря*

Вірно: *Сипачевський*

(Лист НКПраці УСРР № 50866 з 28 січня 1930 р.)

51. ПРО СІЛЬСЬКУ ЯСЕЛЬНУ КАМПАНІЮ ВЛІТКУ 1930 р.

До всіх окрздоровінспектур, до Зинов'ївського й Винницького ОВК, до ВУКС'у, до Союзу Союзів, до ЦККП(б)у (жінсекц., відділ агітації та масових кампаній), ЦКНС, ВУК спілки сільгосплісробітників, НКО (соцвих дошкільн. виховання).

Завдання соціялістичної перебудови сільського господарства (колективізація й машинізація його, розвинення радгоспів) і намічені темпи цієї перебудови вимагають і від органів охорони здоров'я всебічного сприяння цим темпам через утворення відповідних умов колективного побуту, зокрема соціяльного виховання дітей, надаючи максимальну увагу існуючим радгоспам і комунам.

А тому за основні принципи переведення ясельної кампанії поточного року повинні бути:

1. Максимальне обслуговування наймитства через організацію ясел по всіх радгоспах, де в цьому є потреба й по тих селах, навколо яких розвинуто масове вживання батрацтва (плантації, городи і т. і.).

II. Організацію постійних ясел по всіх комунах і радгоспах треба почати у весняну посівну кампанію, щоб сприяти втягненню жіночої робітничої сили у цю кампанію.

III. Розробляючи пляна ясельної кампанії повинно забезпечити яслами перш за все райони й окремі села суцільної колективізації.

IV. До переведення ясельної кампанії треба втягти широкі кола селянства, для чого зосередити увагу комісій Охматдиту сільрад на цій справі, даючи їм конкретні завдання на весь час існування ясел, а не тільки на термін підготовчої роботи, а також притягти актив селянок, членів рад, делегаток секцій охматдиту, членів КНС, актив інших громадських організацій (УЧХ, „ДД"), вчителів і лікарів.

V. Звернути особливу увагу на місцях на підготовку робітників для ясел із селянок колективісток і батрачек, використовуючи всі можливості для цього; організація короткотермінових курсів (4-6 тижнів), практиканства по всіх дитустановах міста й села, проводячи ці заходи на протязі всього часу, що його залишалося до організації ясел.

Поруч цього треба використати робітників ясел минулих років, які виправдали себе на роботі.

VI. Бюджет ясельної кампанії поточного року скласти з таких джерел:

а) Ясла для обслуговування батрацтва організувати й утримувати за рахунок підприємства, місцевого бюджету, самооподаткування, фонду меддопомоги застрахованим, дотації центру спеціяльно на цю мету.

б) Ясла по комунах та артілях організуються за таких умов:

1) Колектив виділяє приміщення, устатковує його твердим і м'яким реманентом, дає всі продуктів харчування, увесь персонал ясел (технічний обов'язково, а підготовлений, коли він є).

2) Кооперативні організації дають свою дотацію на деяке обладнання ясел (білизна, церата на немовлят, посуд, педагогічні приладдя та інше), придбання деяких продуктів харчування, що їх не має колектив (цукор, риж, мана і т. інше), причому кооперація зосереджує свою увагу на обслуговуванні батрацтва й комунарів.

3) Місцевий бюджет дає колективам дотацію на утримання підготовленого робітника в яслах, коли колектив такого не має, і дотацію на деяке обладнання.

4) Держбюджет дає округам дотацію на підготовку персоналу для ясел (сестер для догляду дітей), на поліпшення медобслуговування ясел (на часткове утримання додаткових лікарів на селі), на утримання додаткових інструкторів для сільських ясел, на дообладнання.

VII. У кожній окрузі треба організувати показові постійні ясла в одній із міцніших комун, а також у радгоспі, щоб на підставі їх вивчати досвід роботи й найкращі організаційні форми ясел у колективі.

VIII. До ясел, як правило, треба приймати дітей до 4 років. Немовлят у ясла треба приймати у першу чергу, але з тим, щоб матері годували їх груддю, себ-то у колективі треба матерів, що годують, залишати на роботі в самому колективі.

Для дітей старше за 4 роки (від 4 до 8) треба організовувати дитячі майданчики-садки, домагаючися для цього асигнування окремих коштів і переведення всієї підготовчої роботи органами НКОсвіти.

IX. Ясла у радгоспах обслуговують дітей постійних робітниць радгоспу, а також сезонових робітниць, коли ці ясла для них зручні.

Ясла на селі для наймитства обслуговують дітей наймитів (насамперед наймичок) і тих незаможніх жінок, які не мають на кого залишити дитину вдома.

Ясла в колективах обслуговують дітей членів колективу, а також дітей наймитства найближчих сіл. При недостатній місткості ясел, у першу чергу ясла обслуговують дітей тих членів колективу, які не мають на кого залишити дитину.

X. Термін існування літніх ясел повинен бути не менш за 4 і навіть 5 місяців.

XI. Щоб забезпечити ясла відповідним терміном існування у більш-менш задовільному приміщенні, треба забронювати для ясел, найкращі будинки на селі, зокрема ті, що їх звільняють од куркулів.

XII. Беручи до уваги, що ввесь технічний персонал для ясел у колективі надає останній, штати по яслах повинні цілком відповідати вимогам життя, маючи на меті забезпечити дітей достатнім доглядом на весь термін перебування дітей у яслах протягом доби.

XIII. Для найтіснішої ув'язки працюючих міста з селом повинно:

а) організувати шефство міських установ над яслами на селі по комунах і радгоспах;

б) втягти робітництво, особливо жіночий актив до допомоги селянкам-колективісткам у справі організації ясел висвітлюючи всі питання ясельної кампанії поточного року на делегатських зборах по підприємствах, на зборах членів т-ва „змички міста з селом", домагаючися виділення спеціяльних бригад для допомоги колективам у організації й переведенні ясельної кампанії.

XIV. Щоб якнайширше втягти й зацікавити робітників і саме селянства в найкращому переведенні ясельної кампанії поточного року організувати соцмагання між окремими яслами, колективами, районами,

Наркомздоров'я *Канторович.*

Зав. відділу охматдит *Попова.*

(Об. розп. НКОЗ з 18 лютого 1930 р.)

КОНТРОЛЬНІ ЦИФРИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЯСЕЛ ПО ОКРУГАХ В КОЛГОСПНІЙ СИСТЕМІ 1930 Р.

Назва округ	Організація постійних ясел у колгоспах	Загальна кількість ясел по окрузі	Назва округ	Організація постійних ясел у колгоспах	Загальна кількість ясел по окрузі
Шевченківська	25	250	Сумська	20	250
Харківська	25	300	Прилуцька	20	180
Дніпропетрівська	25	300	Артемівська	20	180
Зінов'ївська	25	180	Запорізька	20	180
Криворізька	25	150	Луганська	20	180
Мелітопільська	25	245	Маріупільська	20	180
Херсонська	25	245	АМСРР	20	180
Одеська	25	300	Старобільська	20	180
Миколаєвська	25	245	Сталінська	20	180
Білоцерківська	25	245	Волинська	10	125
Першотравенська	20	180	Глухівська	10	100
Бердичівська	20	180	Коростенська	10	100
Вінницька	20	180	Конотопська	10	100
Гуманська	20	180	Чернигівська	10	100
Київська	20	300	Кам'янецька	10	100
Тульчинська	20	180	Могилівська	10	100
Шепетівська	20	180	Лубенська	10	125
Куп'янська	20	180	Ніжинська	10	90
Кременчуцька	20	180	Роменська	10	90
Ізюмська	20	180	Проскурівська	10	100
Полтавська	20	200	Разом	760	7.400

52. ПРО САНДОГЛЯД ВОКЗАЛІВ

Ч. Південних, ч. Донецьких, ч. Півд. Західніх ч. Катерининських. МСУ—Південних та Донецьких, МСУ—Півден. Західн., МСУ—Катерининських.

Санітарний стан вокзальних приміщень, не зважаючи на цілу низку розпоряджень та наказів, як по лінії НКШ, так і по лінії Наркомздоров'я, залишається ще й досі неприпустимим, особливо на Донецьких та Катерининських залізницях, що викликає цілу низку цілком правдивих нарікань та скарг з боку робітничих мас, а також і загрожує санітарному доброустрою транспорту з боку розповсюдження епідемії черевного та висипного тифу.

Щоб налагодити справу санітарного оздоровлення вокзальних приміщень, пропонується за особистою відповідальністю надзвичайних тройок (ЧПТ та В) на протязі лютого місяця розробити конкретні заходи для кожного вокзального приміщення вузлової станції й неодмінно перевести їх в життя.

Щоб забезпечити виконання цього наказу і щоб не було посилок на різні об'єктивні обставини, пропонується призначити відповідальних осіб за переведення цього наказу як у Правлінні, так і на місцях, повідомивши їх прізвище та посаду УЦ та Наркомздоров'я (від. транспортної медицини).

З березня місяця з боку УЦ та Наркомздоров'я перевадитиметься перевірку виконання цього наказу й в кожному випадкові порушення його на зазначених осіб наклада-

тиметься адміністративну кару (до усунення з посади), або справу передатиметься до прокурора.

Намічені організаційні заходи для кожної вузлової станції надішліть до Наркомздоров'я в адресу—Відділу Транспортної Медицини.

ЦВУ *Хармандар'ян*.

ЦВСУ *Славін*

УЦИУК *Лапін*.

(Обіжн. розп. НКОЗ і УпНКШ з 7 лютого 1930 р.).

53. ПРО ПОСИЛЕННЯ САНДОГЛЯДУ НА ТРАНСПОРТІ.

До всіх медсанупрів, до водосанупру Одеса.

Відомості, що надходять до Наркомздоров'я щодо санітарного стану транспорту, свідчать про те, що з боку санітарних лікарів немає достатньої уваги до виконання своїх обов'язків. Санітарні лікарі зовсім не слідкують за виконаннях тих вимог, що вони надають господарчим організаціям, через що вони витрачають свій авторитет перед ними. ВТМ попереджує, що при інспектуванні треба звертати основну увагу на перевірку виконань боку господарчих органів вимог санлікарів. Як що буде виявлено, що вимоги не виконано, і з боку санітарного лікаря не було вжито відповідних заходів (складання акту для передачи справи суду, накладання штрафу, звертання до вищих органів тощо), то з боку МСУпрів треба вжити рішучих заходів щодо такого санітарного лікаря.

Якщо виявиться, що не було достатньої активности МСУпра, буде зроблено відповідні висновки з боку ВТМ.

ВТМ НКОЗУ поставив питання перед Уповнарком Шляхів і НКШ про підвищення санітарного стану транспорту буде і надалі зроблено все, щоб примусити господарчі організації ставитися до справи санітарного режиму так само, як і до інших своїх обов'язків.

За Начальника ВТМ НКОЗ *Лебедев*.

Інспектор Санчасти ВТМ *Славін*.

(Обіжн. розп. НКОЗ ч. 28-16 з 16 лютого 1930 р.).

54. ПРО НЕПРИПУСТИМІСТЬ РОЗГЛЯДАТИ В СУДОВИХ УСТАНОВАХ ПИТАННЯ ЩОДО ВИЗНАННЯ ЗА ПЕВНОЮ ОСОБОЮ МЕДИЧНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ.

(Лист НКЮ до всіх суд. органів з 11 січня 1930 р. ч. 17—III—09—156).

Народній Комісаріят охорони здоров'я повідомив НКЮ про випадки, коли нарсуди приймають до свого розгляду справи та виносять вироки про встановлення обставин, що від них залежить виникнення публічних прав громадян.

В зв'язку з цим НКЮ пояснює:

1. Арт—239 ЦПК дає право судам встановлювати обставини тільки тоді, коли за чинними законами обставини ці може засвідчити суд.

2. Постанова РНК з 1 квітня 1924 р. „Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу" (Зб. Уз. УСРР 1924 р. № 10, арт. 94) не має вказівок на те, що судові належить встановлювати факти одержання медичної освіти, приналежности даній особі документів на медичне звання, або факт наявности відповідного практичного стажу.

3. Документи, яким встановлюється медичну кваліфікацію а також порядок виявлення цієї кваліфікації за випадків, коли документів нема, певно визначено в згаданій постанові 1924 р.

4. На цих підставах судові установи не мають права розглядати питання про визнання за тією або іншою особою медичної кваліфікаціЇ, (встановлювати факти, що дана особа має медичну освіту або певний практичний стаж роботи в медичних закладах, тощо)

Харків, 11 січня 1930 р.

Ор. підп. Наркомюстиції та Генеральний Прокурор Республіки *В. Порайко*

За оригіналом: Інструктор-кореспондент *Пасьомин*.

Відповідальний редактор **С. І. Канторовіч**.

„Харполіграф" Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 979. Прим. 2.500

III. Інфекційні захорування по округах УСРР за грудень 1929 р.

Округи	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Артемівська	822 405	64	15	1	—	15	245	13	952	377	235	14
2. Бердичівська	761 175	135	13	8	—	23	4	—	1 154	188	64	106
3. Білоцерківська	886 087	117	17	6	—	12	17	—	651	225	138	100
4. Вінницька	795 629	146	6	18	—	29	15	—	554	195	107	97
5. Волинська	722 289	136	14	5	—	21	8	—	530	341	146	46
6. Глухівська	566 111	41	5	2	—	2	61	—	144	231	97	62
7. Гуманська	920 462	166	8	38	—	4	20	—	639	287	109	137
8. Дніпропетровська	1 387 606	310	69	9	—	77	571	—	560	891	313	171
9. Запорізька	573 883	104	—	1	—	21	226	—	469	223	316	30
10. Зінов'ївська	802 244	190	14	2	—	28	125	1	554	333	131	37
11. Ізюмська	394 951	52	5	4	—	28	212	—	229	113	124	20
12. Кам'янецька	549 209	180	4	5	—	5	5	1	79	283	7	178
13. Київська	1 693 547	208	6	10	2	17	53	—	1 493	474	248	288
14. Конотіпська	673 800	90	3	14	1	6	69	—	387	193	146	59
15. Коростенська	543 248	92	2	16	—	10	1	—	248	71	104	39
16. Кременчуцька	812 516	85	3	8	—	11	152	1	626	308	121	55
17. Криворізька	601 611	83	13	2	—	18	528	—	651	309	111	39
18. Куп'янська	445 864	60	3	3	—	8	78	2	266	156	78	7
19. Лубенська	580 837	15	2	31	—	6	27	—	300	99	97	16
20. Луганська	671 206	217	12	1	—	22	350	—	523	523	334	37
21. Маріупільська	449 007	64	9	1	—	2	187	—	311	258	136	56
22. Мелітопільська	775 229	136	10	4	—	55	528	—	295	331	116	80
23. Миколаївська	520 738	115	2	1	—	21	71	—	712	282	137	24
24. Могилівська	531 748	98	3	8	4	16	16	—	205	160	38	50
25 Ніженська	483 617	43	6	5	—	4	51	—	543	112	101	41
26. Одеська	948 123	246	6	16	—	31	119	—	436	249	78	144
27. Першомайська	686 416	135	7	9	—	24	17	—	195	346	15	82
28. Полтавська	1 121 502	73	10	27	—	—	244	1	727	388	138	96
29. Прилуцька	522 795	33	—	7	—	1	14	—	257	82	32	61
30. Проскурівська	587 051	62	1	3	—	3	8	—	479	211	56	49
31. Роменська	547 033	43	—	8	—	6	46	—	1 158	131	169	56
32. Сталінська	750 857	179	6	—	—	20	274	—	632	226	254	57
33. Старобільська	500 872	89	8	1	—	1	166	1	853	260	62	24
34. Сумська	734 236	67	3	24	—	5	89	—	1 129	457	342	58
35. Тульчинська	723 460	84	4	1	—	5	12	—	608	245	45	70
36. Харківська	1 671 018	305	3	26	—	10	442	—	1 752	1025	527	238
37. Херсонська	606 596	184	17	1	—	81	1 038	—	1 089	346	63	59
38. Чернігівська	544 697	67	—	6	—	2	19	—	404	209	47	71
39. Шевченківська	1 176 529	100	5	13	—	17	38	—	613	118	132	62
40. Шепетівська	684 143	95	2	24	—	19	—	—	718	62	19	69
41. АМСРР	593 200	136	17	4	2	21	117	—	496	93	264	47
Разом	**30 363 547**	**4 845**	**333**	**373**	**9**	**707**	**6 263**	**20**	**24621**	**11411**	**5827**	**3 032**
Залізниці: 1. Південні	—	34	2	2	—	5	71	—	352	100	79	30
2. Донецькі	—	7	—	—	—	—	95	—	318	110	27	5
3. Південно-Західні	—	42	2	—	—	2	30	—	326	77	102	40
4. Катеринівські	—	20	1	—	—	—	67	—	299	73	53	11
Разом	—	103	5	2	—	7	263	—	1 295	360	261	86
Всього по УСРР Грудень 1929 р.	**30 363 547**	**4 948**	**338**	**375**	**9**	**714**	**6 526**	**20**	**25919**	**11771**	**6088**	**3 118**
Всього по УСРР Листопад 1929 р.	30 363 547	8 228	403	191	11	870	8 919	6	18247	14939	6519	3 644
Грудень 1928 р.	29 885 719	2 876	249	439	10	584	7 295	6	14147	6472	5800	1 824

Округи	Грип Influenza	Різачка Dysentoria	Мішковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-спр. пош. Mening. cereb.-spin. epid	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	В т. ч. Сифіліс I Syphilis I	В т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	2 588	9	—	—	—	—	—	—	214	91	86	8	10	24	160	—	163	322
2. Бердичівська	1 385	29	1	10	—	8	—	—	385	177	56	3	4	4	63	9	51	281
3. Білоцерківська	1 105	16	1	2	—	6	—	—	397	79	40	2	23	2	39	1	106	276
4. Вінницька	2 234	9	—	—	—	2	—	—	392	58	58	6	21	1	73	1	54	358
5. Волинська	862	34	—	—	—	—	—	—	264	47	41	7	10	—	50	2	30	451
6. Глухівська	1 150	19	—	4	—	—	1	—	307	77	75	3	23	2	36	3	74	514
7. Гуманська	1 371	16	—	2	—	12	—	—	442	68	108	12	38	1	80	3	93	270
8. Дніпропетровська	6 335	22	3	16	—	6	—	4	986	339	169	20	28	45	251	—	465	749
9. Запорізька	1 121	4	2	1	—	5	—	1	233	16	47	4	11	5	89	—	145	208
10. Зінов'ївська	787	5	—	2	—	5	—	1	322	31	93	6	17	10	115	3	205	298
11. Ізюмська	631	9	—	—	—	—	—	—	102	33	16	—	1	1	34	2	173	563
12. Кам'янецька	541	5	-	—	—	4	—	—	125	88	23	3	6	—	35	—	16	169
13. Київська	...	21	—	7	—	13	—	—	1 585	607	382	37	200	110	429	2	333	886
14. Конотіпська	1 695	6	—	4	—	3	—	—	507	110	51	3	19	3	35	5	58	484
15. Коростенська	799	2	—	1	—	—	—	—	266	13	36	3	7	—	59	—	40	571
16. Кременчуцька	833	18	—	5	—	—	—	—	266	79	91	7	4	3	85	—	105	221
17. Криворізька	2 066	7	1	5	—	5	—	—	299	44	63	4	19	1	103	1	145	357
18. Куп'янська	834	23	—	—	—	4	—	2	151	41	52	7	10	—	73	1	97	622
19. Лубенська	810	1	—	4	—	6	—	—	206	37	44	—	2	1	47	—	75	154
20. Луганська	2 756	54	—	—	—	—	—	—	476	84	231	13	42	11	293	—	99	398
21. Маріупільська	1 268	15	—	—	—	3	—	1	419	166	57	6	23	17	71	—	159	289
22. Мелітопільська	1 315	12	—	5	—	6	—	3	448	58	69	17	9	8	143	—	277	686
23. Миколаївська	1 328	8	1	4	—	5	—	—	241	136	46	6	5	24	100	4	123	305
24. Могилівська	906	12	1	2	—	6	—	—	252	57	179	5	14	2	56	2	17	193
25 Ніженська	1 200	10	—	3	—	3	—	—	426	87	35	2	18	—	35	2	96	251
26. Одеська	1 223	9	1	5	—	12	—	1	477	101	146	9	4	20	124	—	132	337
27. Першомайська	637	4	—	4	—	13	—	—	175	38	52	5	5	11	50	1	77	173
28. Полтавська	2 141	13	—	7	—	5	—	1	524	323	100	6	14	4	110	3	152	588
29. Прилуцька	529	2	1	2	—	1	—	1	236	42	130	3	4	2	36	2	74	102
30. Проскурівська	570	4	1	4	—	—	—	—	118	49	31	5	8	2	57	—	14	204
31. Роменська	1 007	9	—	2	—	3	—	1	241	36	31	1	22	—	20	—	81	188
32. Сталінська	3 210	35	—	3	—	5	—	—	465	191	193	33	17	24	184	2	235	268
33. Старобільська	658	18	—	1	—	1	—	1	156	34	48	6	19	1	116	—	79	897
34. Сумська	2 238	5	1	1	—	2	—	1	912	66	68	7	10	—	76	2	244	546
35. Тульчинська	958	—	1	1	—	11	—	1	235	57	102	12	20	1	75	1	51	182
36. Харківська	5 711	23	3	4	—	8	—	3	1 270	353	278	23	54	60	296	—	647	2 569
37. Херсонська	1 772	28	1	6	—	25	—	1	604	114	142	16	28	8	120	—	221	331
38. Чернігівська	898	2	—	6	—	2	—	—	336	80	35	1	10	2	43	—	36	430
39. Шевченківська	1 116	21	—	5	—	3	—	—	914	287	132	10	41	11	109	2	151	463
40. Шепетівська	694	9	2	2	—	—	—	1	270	57	62	5	20	4	59	3	33	423
41. АМСРР	1 327	25	—	3	—	13	—	3	241	46	86	6	16	9	112	4	66	236
Разом	**60 609**	**573**	**21**	**133**	—	**206**	**1**	**27**	**16885**	**4 497**	**3 784**	**332**	**856**	**434**	**4 121**	**61**	**5 492**	**17813**
Залізниці: 1. Південні	1 535	—	—	—	—	—	—	—	388	109	63	10	7	17	67	—	38	113
2. Донецькі	1 079	—	—	—	—	2	—	—	192	25	46	11	13	10	79	—	40	55
3. Південно-Західні	2 829	—	—	—	—	—	—	—	283	52	44	10	15	21	114	—	4	133
4. Катеринівські	1 775	—	—	—	—	—	—	—	80	24	35	9	12	9	65	—	23	151
Разом	7 218	—	—	—	—	2	—	—	943	210	188	40	47	57	325	—	105	452
Всього по УСРР Грудень 1929 р.	**67 827**	**573**	**21**	**133**	-	**208**	**1**	**27**	**17828**	**4 707**	**3 972**	**372**	**903**	**491**	**4 446**	**61**	**5 597**	**18265**
Всього по УСРР Листопад 1929 р.	69 243	1380	30	92	—	196	4	44	15499	4 333	4 089	360	943	628	4 761	50	6 202	18113
Грудень 1928 р.	95 505	562	11	77	--	158	2	19	17371	4 611	4 374	506	1 043	337	4 753	40	5 473	24694

III-а. Інфекційні захорування по округових містах УСРР за грудень 1929 р.

Округові міста	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Артемівське	41 088	1	—	—	—	—	16	1	37	26	17	1
2. Бердичів	61 734	23	3	—	—	1	1	—	264	26	4	11
3. Біла Церква	43 904	6	6	1	—	4	—	—	70	17	31	5
4. Вінниця	60 424	36	—	—	—	—	1	—	8	14	2	5
5. Глухів	17 436	1	—	—	—	—	—	—	6	3	1	3
6. Гумань	47 186	31	—	8	—	—	2	—	15	57	21	13
7. Дніпропетровське	268 138	118	12	7	—	16	172	—	92	251	90	74
8. Житомир	84 546	29	9	—	—	—	—	—	66	39	25	7
9. Запоріжжя	69 166	24	—	—	—	1	56	—	177	39	85	6
10. Зінов'ївське	73 679	15	6	—	—	—	3	—	319	27	15	3
11. Ізюм	10 793	4	—	—	—	4	46	—	—	5	—	3
12. Кам'янець	34 011	10	1	—	—	—	1	—	—	39	—	6
13. Київ	583 334	107	4	7	—	—	7	—	475	288	72	166
14. Конотіп	35 032	7	3	2	—	—	3	—	5	2	8	1
15. Коростень	15 508	6	—	—	—	1	—	—	1	2	9	2
16. Кременчук	61 332	11	1	1	—	2	61	—	26	43	29	8
17. Кривий-Ріг	40 647	14	5	—	—	3	52	—	203	14	12	2
18. Куп'янське	16 559	2	—	—	—	—	—	—	59	5	—	—
19. Лубні	22 202	6	1	2	—	—	—	—	7	6	1	1
20. Луганське	79 327	20	3	—	—	2	8	—	146	87	21	4
21. Маріупіль	46 901	5	3	—	—	—	9	—	42	11	13	11
22. Мелітопіль	28 826	6	3	—	—	—	14	—	4	9	2	1
23. Миколаїв	112 786	36	2	—	—	—	1	—	351	65	53	10
24. Могилів	24 546	8	—	3	—	—	—	—	3	10	—	2
25. Ніжен	40 972	10	5	3	—	—	1	—	207	15	7	11
26. Одеса	485 683	146	5	12	—	—	70	—	93	172	11	92
27. Першомайське	33 205	4	3	—	—	2	—	—	58	13	—	—
28. Полтава	95 978	4	1	1	—	—	14	—	105	57	9	22
29. Прилука	28 391	2	—	—	—	—	—	—	60	8	3	8
30. Проскурів	33 559	13	1	—	—	—	2	—	52	13	14	3
31. Ромен	27 247	3	—	—	—	—	14	—	66	28	31	14
32. Сталине	145 323	60	1	—	—	—	77	—	27	69	15	9
33. Старобільське	15 337	9	—	—	—	—	4	—	24	7	—	1
34. Суми	46 645	4	—	1	—	—	5	—	369	63	24	11
35. Тульчин	18 456	3	1	—	—	—	—	—	6	—	—	2
36. Харків	432 801	105	2	4	—	—	17	—	186	324	36	162
37. Херсон	77 279	13	3	—	—	8	78	—	391	76	5	5
38. Черкаси	48 124	4	1	2	—	2	7	—	20	15	6	1
39. Чернігів	37 822	3	—	1	—	—	—	—	265	32	11	7
40. Шепетівка	18 422	13	—	—	—	—	—	—	1	5	—	3
41. Тираспіль	24 871	16	2	4	1	—	30	—	17	24	14	—
Всього по окрмістах УСРР за грудень 1929 р.	3 489 220	938	87	59	1	46	772	1	4 323	2006	697	696
Всього по окрмістах УСРР за листопад 1929 р.	3 489 220	1 871	149	46	—	122	1078	—	2 230	2634	642	706
Всього по окрмістах УСРР за грудень 1928 р.	3 315 186	452	71	60	—	63	1464	1	2 678	1610	805	303

Округові міста	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg aic	Опониця мізк-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В тому числі: Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В тому числі: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якоць Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	261	—	—	—	—	—	—	—	25	9	17	—	—	—	35	—	—	11
2. Бердичів	490	—	—	3	—	—	—	—	73	115	25	1	3	—	22	—	18	10
3. Біла Церква	47	—	—	—	—	—	—	—	38	19	3	1	—	—	6	—	6	17
4. Вінниця	753	—	—	—	—	1	—	—	86	8	22	1	10	1	23	—	—	33
5. Глухів	9	—	—	—	—	—	—	—	48	3	3	—	1	—	2	—	—	4
6. Гумань	205	—	—	—	—	1	—	—	34	7	23	5	3	—	20	—	7	17
7. Дніпропетровське	3 116	—	1	12	—	1	—	1	586	240	104	13	5	45	156	—	72	70
8. Житомир	167	6	—	—	—	—	—	—	31	8	9	—	—	—	16	—	12	24
9. Запоріжжя	456	1	1	—	—	1	—	—	71	3	20	3	3	4	42	—	36	9
10. Зінов'ївське	121	—	—	1	—	—	—	—	72	9	18	—	5	6	29	—	25	34
11. Ізюм	—	—	—	—	—	—	—	—	5	18	1	—	—	—	4	—	1	1
12. Кам'янець	150	—	—	—	—	—	—	—	16	35	11	—	1	—	17	—	3	14
13. Київ	. . .	—	—	5	—	3	—	—	1.046	477	324	30	167	106	382	—	134	179
14. Конотіп	166	1	—	1	—	—	—	—	71	53	14	1	3	3	14	—	7	22
15. Коростень	70	—	—	—	—	—	—	—	70	1	5	—	2	—	12	—	3	25
16. Кременчук	152	—	—	4	—	—	—	—	60	26	24	3	1	3	33	—	2	16
17. Кривий-Ріг	410	—	—	2	—	—	—	—	42	3	17	—	3	1	38	—	15	35
18. Куп'янське	139	—	—	—	—	—	—	—	16	8	14	3	3	—	15	—	—	7
19. Лубні	25	—	—	1	—	—	—	—	19	9	7	—	—	1	8	—	1	2
20. Луганське	404	1	—	—	—	—	—	—	244	57	117	2	3	—	136	—	22	51
21. Маріупіль	287	—	—	—	—	—	—	—	147	92	16	1	5	7	18	—	17	6
22. Мелітопіль	30	—	—	—	—	—	—	1	38	3	14	8	3	4	44	—	13	50
23. Миколаїв	678	—	—	1	—	—	—	—	136	104	31	3	—	20	76	—	25	48
24. Могилів	64	—	—	1	—	—	—	—	36	6	10	1	8	—	5	—	—	17
25. Ніжен	249	—	—	1	—	—	—	—	156	37	5	2	1	—	14	—	4	22
26. Одеса	257	—	—	3	—	2	—	—	248	68	114	8	4	17	93	—	33	47
27. Першомайське	102	—	—	—	—	2	—	—	66	26	21	4	1	7	19	1	29	8
28. Полтава	178	—	—	2	—	—	—	—	122	198	23	2	8	2	33	—	16	49
29. Прилука	83	1	—	2	—	—	—	1	36	9	116	1	2	2	20	—	7	21
30. Проскурів	174	—	—	—	—	—	—	—	12	16	12	—	—	2	19	—	—	18
31. Ромен	291	—	—	—	—	—	—	—	42	10	4	—	2	—	6	—	14	11
32. Сталине	344	4	—	—	—	—	—	—	118	31	65	14	5	9	58	—	60	26
33. Старобільське	31	—	—	—	—	—	—	—	7	6	4	—	—	—	7	—	4	19
34. Суми	601	—	—	—	—	—	—	—	502	6	8	2	—	—	32	—	8	18
35. Тульчин	51	—	—	—	—	1	—	—	10	—	23	—	—	1	12	—	5	18
36. Харків	906	2	1	3	—	—	—	—	378	169	152	9	6	50	204	—	4	105
37. Херсон	436	4	—	5	. .	1	—	—	109	31	54	13	8	8	51	—	47	11
38. Черкаси	277	—	—	1	—	—	—	—	115	84	24	3	6	5	20	—	6	7
39. Чернігів	11	—	—	3	—	—	—	—	117	62	19	—	—	2	30	—	—	4
40. Шепетівка	80	1	—	—	—	—	—	—	50	15	8	1	—	—	16	—	2	9
41. Тираспіль	299	2	—	1	—	—	—	—	23	1	12	—	2	2	13	2	7	36
Всього по окрмістах УСРР за грудень 1929 р.	12 570	23	3	52	—	13	—	3	5 121	2 082	1 513	135	274	308	1 800	3	665	1 131
Всього по окрмістах УСРР за листопад 1929 р.	18 070	78	4	25	—	17	2	7	4 500	2 045	1 526	135	317	380	2 173	1	652	10 52
Всього по окрмістах УСРР за грудень 1928 р.	21 285	10	5	23	—	9	—	3	4 961	2 088	1 523	206	302	225	1 799	1	682	1 150

У.К.П.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромислов. Корпус „Б", 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка". Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 5 | 10 березня 1930 року | № 5

Державна Центр. ... бібліотека імени Короленка Харків

Зміст

ВСЕУКРАЇНСЬКА НАРАДА ОЗІ, МСУ ТА НАУКОВИХ ІНСТИТУТІВ НКОЗУ (15—19 СІЧНЯ 1930 РОКУ).

I. РЕЗОЛЮЦІЇ (на доповіді): 55. Про завдання охорони здоров'я в реконструктивний період. 56. „П'ятирічний плян розвитку здоровохорони на Україні" і „п'ятирічний плян оздоровлення Донбасу". 57. Про основні принципи побудови п'ятирічного пляну медсанобслуговування усуспільненого сільського господарства. 58. Проблема кадрів медичного персоналу в розрізі п'ятирічного пляну охорони здоров'я. 59. Основні завдання діяльности наукових інститутів Наркомздоров'я в зв'язку з п'ятирічкою охорони здоров'я. 60. Про соціялістичне змагання в лікустановах. 61. Диспансеризація медичної допомоги.

II. ПОСТАНОВИ (ствердження тез): 62. Про раціоналізацію медично-санітарної справи на Україні. 63. Про організацію боротьби з епідеміями в республіці. 64. Про судово-медичну роботу. 65. Тези про чергові завдання санітарної статистики в зв'язку із соціялістичним будівництвом.

66. Про зміцнення фінансової бази видавництва „Наукова Думка".

III. ОБ'ЯВИ про конкурси та інш.

I. РЕЗОЛЮЦІЇ ТА ПОСТАНОВИ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАРАДИ ОЗІ, МСУ ТА НАУКОВИХ ІНСТИТУТІВ

(15 - 19 січня 1930 р.)

I. Резолюції на доповіді:

55. Про завдання охорони здоров'я в реконструктивний період

(доповідач Наркомздоров'я тов. Канторовіч С. І.)

1. Бурхливий темп індустріялізації країни та реконструкції сільського господарства, як складові частини велетенського процесу ґрунтовної перебудови старого суспільства на нових соціялістичних засадах висовує також перед радянською здоровохороною, як найактуальнішу задачу, перебудову своєї роботи відповідно до завдань сучасної доби.

2. В умовах переможного здійснення соціялістичного наступу на капіталістичні елементи в країні насамперед виникає задача найбільш чіт-

кого здійснення справжньої клясової лінії та послідовного запровадження в практичній роботі основних засад радянської медицини, в першу чергу профілактичного напрямку в медично-санітарній роботі.

3. Здійснення чіткої клясової лінії в роботі охорони здоров'я вимагає переведення в життя системи заходів, що забезпечили б першечергове та найкраще обслуговування пролетаріяту.

У зв'язку з цим на перший плян висовується задача максимальної уваги до оздоровлення Донбасу, де зосереджено мало 50% всього українського пролетаріяту. Виконання цієї задачі повинно стояти не тільки у центрі уваги НКОЗ, але ж також і всіх округових інспектур, зокрема великих міст України, з тим, щоб була активна допомога в справі налагодження медично-санітарної роботи в округах Донбасу. У зв'язку з переходом на 7 годинний роб. день та на безперервний виробничий тиждень треба перебудувати всю роботу медично-санітарних установ, що обслуговують робітників.

Нарада цілком похвалює лінію НКОЗ щодо максимального використовування наявних коштів для нового лікарняного будівництва в першу чергу для потреб Донбасу.

Нарада похвалює накреслені заходи НКОЗ щодо здійснення диференційованого підходу в обслуговуванні застрахованих з першочерговим обслуговуванням робітників та вважає за потрібне з метою найкращого обліку та контролі за цим якнайскорше перебудувати статистичну роботу в клясовому розрізі.

4. Швидкий темп соціялістичної перебудови села зі зростом різних форм колективних об'єднань та радгоспів, утворення нових енергетичних центрів сільського господарства висовує задачу реконструкції медично-санітарної роботи також на селі, щоб було забезпечено першочергове та найкраще обслуговування соціялістичного сектору та наймитів.

Поліпшення обслуговування соц. сектору повинно йти так шляхом відповідної перебудови роботи існуючої сільської медично-санітарної мережі, як і шляхом організації нових установ, насамперед на обслуговування вищих форм колективних об'єднань та радгоспів.

Нарада висовує перед НКОЗ питання про найскоріше оформлення в законодавчому порядкові участи Укрколгоспсекції, УРГО та інш. організацій державної та кооперативної системи сільського господарства в новому будівництві мед. сан. установ на селі.

Нарада вважає за потрібне як найширше притягнути для допомоги сільській мед. сан. організації в обслуговуванні соц. сектору також і масові кваліфіковані лікарські кадри та установи, здійснюючи зокрема шефство окремих установ міста над відповідними установами села.

5. Найважливіші задачі збереження здоров'я та репродукції робочої сили, що стоять перед радянською здоровоохороною, можна здійснити не лише одною медично-санітарною організацією, а вони потрібують як найактивнішої спільної роботи всіх державних, господарчих, громадських організацій та широких мас працюючих.

Виконання загально-оздоровчих та протиепідемічних заходів потрібує значного зміцнення санітарної організації в країні та розширення мережі санітарних установ.

6. Здійснення поставлених перед здоровохороною в реконструктивний період завдань вимагає встановлення належної системи.

Нарада вважає, що за основну організаційну задачу радянської здоровохорони в зв'язку із загальними завданнями соціялістичного будівництва править на даний період поруч зміцнення санітарної організації

перевід мережі на систему єдиного диспансеру. Це забезпечить найкращу змогу провадити плянову роботу в справі оздоровлення праці й побуту через вивчення впливу виробничих та побутових шкідливостей на стан здоров'я працюючих і через активну роботу спільно з відповідними господарчими та громадськими організаціями на усунення цього впливу.

Система єдиного диспансеру ліквідує старий анархічний найменш ефективний розподіл лікувально-соціяльної допомоги та встановлює плянову систему розподілу різних видів лікувальної та соціяльної допомоги на ґрунті вивчення стану здовов'я колективу та зміни „самотеку" хворих на активну, плянову, оздоровну роботу медично-санітарної організації.

Наркомздоров'я, окрздоровінспектурам та МСУ у процесі виконання п'ятирічного пляну урахувати потребу рішучого переходу на систему єдиного диспансеру й переключіння центру уваги та коштів на санаторно-профілактичні галузі здоровохорони.

7. Темп зростання матеріяльної бази охорони здоров'я та зокрема участь асигнувань на охорону здоров'я в загальному місцевому бюджеті є ще замалі; постанову ВУЦВК'у про збільшення витрат на охорону здоров'я здійснено далеко в недостатній мірі.

Надзвичайно кволим переведення в життя відповідних законодавчих постанов про фінансову участь госп. організацій у будівництві потрібних мед. сан. та культурно-побутових установ (лікарень, ясел, санустанов тощо).

Нарада доручає НКОЗ поставити перед РНК питання про рішуче здійснення згаданих постанов, не зупиняючих перед притягненням винних в невиконанні зазначених директив до суворої відповідальности.

Одночасно нарада звертає увагу всіх інспектур та МСУ на потребу якнайширше використати в пляновому порядкові інші джерела фінасування, зокрема кошти різних організацій (соцстрах, профспілки, кооперація, УЧХ тощо).

8. Одною з головних передумов успішного здійснення накреслених плянів охорони здоров'я є правильне вирішення проблеми підготовки та розподілу кадрів. Відзначаючи абсолютно незадовільний стан справи кадрів, а саме: скупчення лікарів по великих містах за наявности великої кількости вільних посад на периферії, брак лікарів фахівців з різних галузів профілактичної медицини, зокрема, санітарних, надзвичайно незначний прошарок робітників і партійців серед лікарів, недостатній рівень громадсько-політичної активности лікарів, нарада вважає за потрібне, щоб найближчим часом було переведено в життя систему заходів щодо впорядкування справи кадрів. Це треба зробити, так найбільш раціонально використовуючи наявні кадри (регулювання розподілу по округах, розвантаження лікарів від роботи, що не потрібує лікарської кваліфікації тощо, як і через належну постановку справи підготовки та перепідготовки медробітників (комплектування мед. ВИШ'їв напрямком їхньої пролетаризації, реформу медосвіти, поліпшення зв'язку з виробництвом, курси удосконалення тощо).

Нарада вважає за потрібне, щоб поліпшено було матеріяльно побутові умови медробітників, зокрема лікарів, що працюють на селі.

Одночасно нарада вважає за доцільне розробити найближчим часом систему міроприємств, скерованих на згортання приватної практики.

9. Нарада відзначає, що темп оробочення керівничого кадру медсанустанов є ще повільний, Нарада звертає увагу всіх інспектур на потребу рішучішого висування робітників на провідні посади.

Маючи на меті підготовку висуванців, треба якнайскоріше організувати курси так центральні, як і на місцях.

10. Виконання велетенських завдань, що стали перед охороною здоров'я в теперішній час соціялістичного будівництва потрібує ще більшого притягнення широких мас працюючих до участи в організації охорони здоров'я та здійснення постійної пролетарської контролі роботи всієї мережі мед. сан. установ.

Нарада звертає увагу всіх інспектур та МСУ на потребу поліпшення роботи різних форм радянської громадськости по лінії охорони здоров'я (секції здоровохорони міськрад, КОПІП'и, здоровосередки тощо) удосконалюючи їхню структуру та здійснюючи постійне систематичне керівництво їхньою роботою й через якнайширше використання нових форм пролетарської активности: — шефства, комісії, сприяння тощо.

56. „П'ЯТИРІЧНИЙ ПЛЯН РОЗВИТКУ ЗДОРОВОХОРОНИ НА УКРАЇНІ" і „П'ЯТИРІЧНИЙ ПЛЯН ОЗДОРОВЛЕННЯ ДОНБАСУ"

(*Доповідачі т. т. Каган Д. С. і Кушнір Ю. А.*).

Всеукраїнська нарада, заслухавши та обговоривши матеріяли 5 річного пляну розвитку здоровоохорони і 5 річний плян уздоровлення Донбасу, константує, що:

1. П'ятирічний плян розвитку здоровоохорони в республіці, поданий нараді, відбиває директиви партії та Уряду напрямком поліпшення обслуговування застрахованих взагалі, а зокрема-щодо переважного обслуговування промислового пролетаріяту, посилення медично-санітарного обслуговування соціялістичного сектору села та наймитсько-бідняцьких шарів села. Побудову пляну в основному витримано в клясовому розумінні.

2. Загалом дано правильне настановлення співвідношень окремих джерел фінансування в загальних витратах здоровоохорони, що відбивається в тім, що піднесено питому вагу місцевого бюджету, особливо в промислових районах, притягнено кошти, що поза бюджетовим джерелами (промисловости, кооперації, суспільні кошти).

3. В основному правильно накреслено збільшення питомої ваги витрат на санітарні й профілактичні галузі здоровоохорони (санітарно-епідемічна справа, саносвіта, охматдит, ОЗДП), в бюджеті здоровоохорони за рахунок відповідного зниження частини витрат на лікувально-профілактичний сектор.

Нарада вважає за цілком правильне те, що виділено 5 річний плян розвитку охорони здоров'я в Донбасі із загального пляну та встановлено значно підвищені темпи розвитку здоровоохорони порівняльно до решти округ республіки, зважаючи на першорядне значіння Донбасу, як великого промислового центру, що має величезне значіння в господарчому житті нашого Союзу.

Поряд цього нарада відмічає таке:

1. що накреслений темп зростання охорони здоров'я все ще недостатній та відстає від темпу зростання господарчого життя країни. За ліміти до дальшого зростання темпів охорони здоров'я залишаються й правлять недостатня питома вага охорони здоров'я в місцевому й державному бюджеті.

2. що зростання питомої ваги санітарно-оздоровчих заходів в бюджеті охорони здоров'я є все ж таки недостатнім й не відповідає тим

завданням, що є перед Наркомздоров'ям у справі санітарної охорони та уздоровлення республіки.

3. що в матеріялах 5 річного пляну бракує низки якісних покажчиків, зокрема нерозроблено окремо питань праці й зарплатні медперсоналу, питань будівництва та надання спеціяльних видів допомоги.

Отже, виходячи із вищезазначеного, нарада ухвалює подані матеріяли, як основу для керування в дальшій практичній роботі й доручає:

А. Наркомздоров'ю:

1. За участю зацікавлених наркоматів і господарчих організацій деталізувати п'ятирічний плян оздоровлення Донбасу та інших промислових районів, забезпечивши здійснення його через відповідні урядові постанови.

2. Ужити всіх заходів, щоб забезпечити дальше зростання місцевого й державного бюджету охорони здоров'я.

3. Розробити: а) номенклатуру мережі; б) прикладні норми обслуговування населення в клясовому й територіяльному розрізі; в) калькуляцію вартости окремих типів установ і видів меддопомоги; г) типові нормальні штати для медично-санітарних установ, ураховуючи в належній мірі потребу піднести якість роботи; д) форми статистичного обліку й реєстрації в соціяльно-клясовому розрізі, запроваджуючи це все через відповідні урядові органи, притягуючи до зазначеної в цих пунктах роботи інститути Наркомздоров'я.

4. Розробити норми типового будівництва, додержуючись диференціяції його по районах і провести законодавчим порядком питання щодо норм медично-санітарного будівництва.

5. Опрацювати та включити до пляну п'ятирічку діяльности науково-вислідувальних інститутів.

6. Підчас дальшого опрацювання й реалізації п'ятирічного пляну вжити заходів до значного піднесення питомої ваги витрат на санітарно-оздоровні заходи в бюджеті здоровоохорони, особливо ж у промислових районах.

Розробити конкретний плян щодо значного зниження епідемії черевного тифу в республіці, особливо ж у Донбасі, до охорони Республіки від розповсюдження висипного тифу, обкладу та інших інфекцій, зокрема опрацювати плян розвитку лябораторії; щепільної й дезінфекційної справи в республіці.

7. Спільно з ВУК Медсантруд доповнити 5 річку розділом „зарплатня й праця" на основі чинних директив партійних і професійних організацій.

8. Розробити плян медично-санітарної мережі стосовно до нових форм сільського господарства, поклавши за основу розташування мережі енергетичні базові пункти — машиново-тракторні станції та інш.

9. Поряд участи місцевого бюджету в розвиткові медично-санітарного обслуговування соціялістичного сектору села треба для повнішого й скорішого виконання завдань, що мають органи здоровохорони в справі обслуговування соцсектору, притягти до будівництва кошти госп. організацій і самого населення. Для цього Наркомздоров'ю треба розробити проєкт щодо участи Колгоспцентру, Зернотресту, Цукротресту та інших організацій у медично-санітарному будівництві соцсектору, здійснивши його через відповідні урядові органи.

10. Розробити плян будівництва медично-санітарних організацій для обслуговування нових заводів і промислових комбінатів (Дніпробуд, Тракторобуд, Маріупільській велетень, та інші заводські центри).

11. Розроблюючи п'ятирічний плян будівництва медично-санітарних установ, забезпечити належну питому вагу будування установ по санітарній лінії.

Б. Окрздоровінспектурам: і Медсанупрам:

1. Домогтися реалізації накресленої за пляном мережі, як мінімального програму. Удосконалюючи щороку контрольні цифри, досягти такого:

а) піднесення питомої ваги санітарно-оздоровних заходів; б) зростання участкової мережі й повного забезпечення її транспортом, зокрема на кінець 5 річки забезпечити її автотранспортом не менше, як на 25%; в) розгортаючи ліжка в сільських районах, виходити з потреби насамперед забезпечити населення інфекційними й пологовими ліжками; г) забезпечити соціялістичний сектор села кваліфікованою амбуляторною, ліжковою допомогою, мережею установ охматмладу та ОЗДП і санітарним обслуговуванням відповідно до принципів, що їх викладено в тезах щодо медично-санітарного обслуговування соціялістичного сектору села.

2. Дальше будівництво мережі та окремих об'єктів її вести з погляду швидчого та рішучішого переходу на систему единого диспансеру. За тим самим принципом треба перетворити роботу нинішньої мережі, причому треба звернути особливу увагу на забезпення допомоги вдома й першої допомоги.

3. Розгортаючи ліжка в містах і робітничих селищах, мати на увазі потребу цілковитого охоплення пологодопомогою застрахованих і цілком забезпечити населення інфекційними ліжками. За чергове завдання органів охорони здоров'я мусить правити значне піднесення якости інфекційних ліжок у місті та сільських місцевостях, щоб їхня якість була вищою, ніж у соматичних ліжок.

Особливу увагу треба звернути на повніше забезпечення прикордонних місцевостей і районів, де переважають нацменшості.

Наркомздоров'ю та окрінспектурам треба, складаючи контрольні цифри, передбачити перехід медично-санітарних установ на безперервне виробництво та цілком пристосувати медично-санітарну мережу до обслуговування підприємств, що мають 7 годинний робітний день.

Констатуючи, що ряд округ не виконують пляну охорони здоров'я, а це загрожує зривом 5 річки в цих округах, нарада доручає Наркомздоров'ю в законодавчому порядкові забезпечити виконання 5 річки, а окрздоровінспектурам широко мобілізувати громадську увагу робітничеселянських мас навкоко реалізації п'ятирічки здоровоохорони.

Успішне виконання п'ятирічного пляну й дальший розвиток справи охорони здоров'я вимагає рішучого запровадження режиму ощадности знизу аж доверху за відповідним піднесенням якости роботи медичносанітарних установ.

Дальшому зростанню якости роботи та ефективності витрачених коштів сприятиме запровадження раціоналізаційної роботи в усіх галузях медично-санітарної справи.

Сполучення раціоналізаційної роботи із соцзмаганням за широкого втягування робітників лікувально-санітарної справи та активної участи лікарів забезпечить потрібний темп розвитку справи охорони здоров'я, піднесе якість роботи відповідно до зростання культурних потреб робітників і трудящого селянства й забезпечить найтісніший зв'язок із про-

летарською суспільністю, поряд активного втягування робітників і селян у будівництво охорони здоров'я.

Нарада вважає за потрібне широко популяризувати матеріяли п'ятирічки так серед робітників медично-санітарної справи, як і серед робітничих і селянських мас республіки.

57. ПРО ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ П'ЯТИРІЧНОГО ПЛЯНУ МЕДСАНОБСЛУГОВУВАННЯ УСУСПІЛЬНЕНОГО СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА".

(*Допов. заст. наркома охор. здоров'я т. Нагорний В. В.*)

1. Всеукраїнська нарада констатує, що у самій суті перебудови економіки села на соціялістичних засадах, закладено максимально сприятливі умови для розвитку широкої оздоровної програми єдиної радянської здоровоохорони, що повнотою забезпечує пляномірне оздоровлення сільсько-господарчої праці та побуту.

2. Нарада відмічає, що існуюча сільська медсан. організація не відповідає сучасним вимогам реконструкції села, значно відстає в своєму розвиткові від загальних темпів перебудови сільського господарства і ще до цього часу не переключила своєї роботи на переважне обслуговування соц. сектору на селі.

3. У значній мірі це переключення гальмується:

а) недостатніми бюджетовими асигнуваннями на справу охорони здоров'я на селі;

б) недосить повним використанням органами охорони здоров'я на місцях коштів суспільности;

в) недооцінкою господарчими організаціями, що переводять колективізацію, ролі та значіння охорони здоров'я у загальній реконструкції села;

г) певними утрудненнями щодо комплектування медсавустанов на селі кадрами вищого та середнього медперсоналу.

Нарада доручає НКЗдоров'ю вжити заходів щодо збільшення асигнувань на справу охорони здоров'я за місцевим бюджетом, а окрздравінспектурам поруч цього й собі теж рішуче домагатися підвищення питомої ваги видатків на охорону здоров'я в загально-окружному бюджеті, водночас максимально мобілізуючи кошти суспільних організацій та колгоспоб'єднань на справу охорони здоров'я на селі.

Беручи до уваги те, що по радянських господарствах України нове медично-санітарне будівництво мусить переводитися виключно за рахунок господарчих об'єднань (Зернотрест, УРГО, Цукротрест та інш.),— доручити НКЗдоров'я розробити відповідний законопроєкт в цій справі та внести його на затвердження РНК.

До цього часу немає ще повного охоплення наймитів соцстрахуванням, а також відповідної налагодженоети меддопомоги останнім. Окрздоровінспектурам спільно з органами соцстраху треба вжити рішучих заходів щодо популяризації закону про соцстрахування серед наймитства, добитись повного охоплення соцстрахуванням наймитів та поліпшити меддопомогу їм, використовуючи повнотою всі кошти, що призначаються на зазначену мету.

4. Нарада визначає цілком правильну установку НКЗдоров'я, що накреслює розвиток мед. сан. організацій на селі, переважно при енергетичних та виробничих базах (при комунах з маш. тракт. станціями, у великих радгоспах та виробничих центрах, по районах суцільної колективізації). Насамперед повинна переводитись до життя організація установ, які сприятимуть переведенню колективізації побуту по колективних об'-

єднаннях, (ясла, дитмайданчики, пересувні консультації, колонії сільської молоді та інш).

5. Нарада повністю схвалює заходи НКЗдоров'я про пляномірне підведення під всю систему роботу медсанорганізації, що обслуговує соц. сектор, диспансерної методи. Організацію нових профілактичних участків, а також перебудову старих медучастків на профілактичні, треба провадити насамперед по районах суцільної колективізації, концентруючи в них усі види кваліфікованої меддопомоги та забезпечуючи їх відповідними кадрами, транспортом і потрібними коштами.

6. Похвалюючи основні принципи будівництва сільської медсанорганізації на п'ятиріччя, нарада доручає НКОЗУ прискорити роботу щодо розробки норм побудови медсанорганізації по обслуговування соцсектору на селі, а також негайно розпочати пророрбку розгорненого п'ятирічного пляну медсанобслуговування села та його соц. сектору.

7. Нарада доручає місцевим сан. організаціям брати найактивнішу участь при відборі місць під нові заселення колективних сільсько-господарських об'єднань, при переведенні житлобудівництва по них, при будівництві установ колективізації побуту і т. і. з тим, щоб вплив органів охорони здоров'я на всі сторони організації нового колективного життя на селі був би повністю забезпечений.

Щоб здійснити ці заходи по лінії охорони здоров'я, доручити окрздоровінспектурам найміцніше ув'язати та об'умовити свою роботу із загально-господарчими органами на місцях (окрколгоспсоюз, земельними та комунальними органами і зі всією системою с.-г. кооперації).

Доручити НКЗдоров'я погодити цю справу також і з центральними господарчими об'єднаннями (УРГО, Укрколгосп, Союз союзів, НКЗем, Цукротрест, та інш.) та дати на місця відповідні вказівки.

8. Нарада доручає НКОЗУ взяти найактивнішу участь у розробці проєктів житлобудівництва в усуспільненому секторі на селі та подбати про те, щоб відповідними органами було якнайскоріше видано альбом проєктів житлових та господарчих будівель у соцсекторі на селі.

9. Беручи до уваги, що організація медсандопомоги на селі та наближення її до переважного обслуговування соціялістичного сектору потрібуватиме на перші роки п'ятирічки значних капіталовкладень, нарада вважає, що матеріяльна база мусить складатися із асигнувань по лінії місцевого бюджету, дотацій республіканського та всесоюзного держбюджетів і фонду меддопомоги, а також із сум всієї колгосп. системи (УРГО, Укрколгосп, Зернотрест, Союз союзів, та інш.), з коштів основних трестів (Цукротрест, Винтрест та інш.), коштів профспілок та інших громадських організацій.

10. У зв'язку з потребою вже тепер розпочати широку організацію медсанобслуговування колективного сектору на селі, нарада доручає НКЗдоров'я внести до РНК УСРР відповідний проєкт про відокремлення окрвиконкомами спеціяльних фондів на цю мету.

58. ПРОБЛЕМА КАДРІВ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В РОЗРІЗІ П'ЯТИРІЧНОГО ПЛЯНУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

(*Допов. т. Станіславський Я. М.*)

1. Констатуючи значний дефіцит лікарських та середніх медичних кадрів вже в теперішній момент, Всеукраїнська нарада охорони здоров'я вважає, що розрахунки НКОЗУ потрібного медперсоналу за п'ятирічним пляном є мінімальні:

Темпи підготовки кадрів медробітників треба в значній мірі підсилити для задоволення потреб охорони здоров'я відповідно до значного зростання всього народнього господарства, індустріялізації країни та колективізації сільського господарства, а також ураховуючи потребу в персоналі в зв'язку з переходом медсанмережі на безперервний тиждень, наявністю сполучення посад в значних розмірах та досить значною кількістю вакантних лікарських посад. Зокрема Нарада визначає за надто гостру потребу в лікарях санітарних, охматдиту, оздоровдиту.

2. Зважаючи на вищенаведене, Всеукраїнська нарада охорони здоров'я вважає за потрібне здійснити в терміновому порядкові реорганізацію мед. ВИШ'ів, утворивши по них такі факультети:

а) лікувально-профілактичний.

б) санітарно-гігієнічний.

в) охматдиту.

г) одонтологічні факультети (в Харкові та Києві).

Треба водночас посилити та зміцнити існуючі мед. робфаки.

Одночасно встановити диференціяцію з окремих комплексів дисциплін на тих факультетах, де це раціонально и можливо.

3. Для підготовки лікарів, що задовольняли би практичним потребам охорони здоров'я та не були відірвані від установ охорони здоров'я визнати за потрібне:

а) будувати систему медичної освіти на широкій базі медсанустанов охорони здоров'я, використовуючи їх для навчання та включивши клініки медінститутів до загальної мережі медсанустанов.

б) встановити безперервний виробничий практикум;

в) профілактизувати роботу клінік, наблизивши їх до сучасних завдань охорони здоров'я, зокрема вивчення оточення хорого, його професійно побутового становища.

г) При викладанні соціяльної гігієни звернути особливу увагу на ознайомлення слухачів з основами охорони здоров'я та найближчими завданнями в цій галузі.

4. Оскільки реорганізація існуючих медвишів не може цілком розв'язати питання про кількісне задоволення потреб в персоналі визнати за потрібне:

а) Організувати нові мед. ВИШ'і

б) Негайно приступити до організації санітарного інституту.

в) Скоротити термін навчання до 4 років.

г) Збільшити пропускну здатність медінститутів утворивши подвійні та потрійні прийоми, звернувши увагу на забезпечення інститутів відповідними ляборaторіями, клініками и т. інш.

д) Раціоналізувати та уніфікувати учбові пляни та програми.

5. Зважаючи на те, що кадри викладачів медВИШ'ів в деякій частині так з боку ідеологічного, як і з боку практичного не задовольняють тих вимог, що їх становить реформа медичної освіти, відповідно до сучасних завдань радянської охорони здоров'я, ураховуючи також і кількісну недостатність кадрів викладачів, вважати за потрібне:

а) рішучіше висувати молоді кадри наукових робітників на посади викладачів;

б) притягти до викладання по мед. ВИШ'ах науково-практичних робітників установ охорони здоров'я, зокрема Інститутів НКОЗ;

в) збільшити кількість медично-біологічних аспірантур по лінії НКОсвіти, а також встановити аспірантуру по всіх науково-практичних інститутах.

г) Підсилити роботу наукових гуртків серед студентства, втягуючи їх до роботи медичних товариств.

6. Ураховуючи, що реконструктивний період соціялістичного будівництва вимагає підготовку лікаря не тільки фахівця з матеріялістичним світоглядом, але також і як активного громадського робітника, що бере жваву та активну участь в соціялістичному будівництві, Нарада доручає Наркомздоров'я, та його органам на місцях разом з МТС провести політично-виховну роботу серед лікарів, пожвавлюючи роботу лікарських конференцій, комісій охорони здоров'я політичних гуртків та всієї здоровоохорончої громадськости. Особливу увагу треба звернути на ознайомлення лікарів з основами діялектичного матеріялізму.

7. В галузі підготовки фармацевтичного персоналу, ураховуючи значні зміни в характері роботи аптек в зв'язку з масовим виготовленням ліків у хем. фарм. заводах, а також стандартизацією формул ліків, нарада визнає за потрібне для підготовки аптечних робітників зберігти фартехнікуми, як ВИШ вузького фаху, з 3 річним курсом. Хемфарм. інститут в Одесі реорганізувати для підготовки лябораптів для роботи в різних галузях медичної роботи.

8. В галузі підготовки середньо-медичного персоналу, констатуючи гостру недостатність цього персоналу, нарада визнає за потрібне збільшити протягом п'ятирічки мережу мед. профшкіл, щоб їх було не менш, як по одній в окрузі, у першу чергу утворювати їх в Донбасі та інших промислових округах на базі медсанустанов. Підготовку середнього медперсоналу треба провадити по трьох типах:

а) Підготовка медичних помічників для лік. проф. та соц. профілактичної галузі роботи (школа мед. помічників).

б) Підготовка акушорок-охматдит та виховательок (школа Охматдит).

в) Підготовка санітарних медпомічників, дезінструкторів та лябораторних техніків (сан. мед. помічників).

Середні медшколи повинні давати закінченого робітника середньої кваліфікації.

У зв'язку з організацією єдиного диспансеру доручити НКОЗУ пробити питання підготовки єдиної сестри для диспансерів.

9. Ураховуючи надзвичайну важливість виконання загальної директиви щодо пролетаризації ВУЗ'ів та профшкіл, нарада констатує, що лише комплектування Мед. ВИШ'ів та медшкіл відповідним соціяльним складом, щільно зв'язаним з виробництвом та селом, дасть ті кадри медробітників, що їх потрібує республіка. Нарада доручає всім окрздоровінспектурам вжити в цьому напрямку відповідних заходів, зокрема утворити по округах підготовчі курси для вступу до медшкіл робітників та селян, саме тих, що беруть активну участь в робочих комісіях охорони здоров'я.

10. Беручи на увагу, що здійснення п'ятирічного пляну охорони здоров'я щільно зв'язано з пляновим розподілом медичного персоналу нарада визнає за правильні ті заходи, що їх провадить НКОЗУ для розподілу на 3 річну роботу молодих лікарів в порядку постанови ЦВК СРСР з 18 травня 29 року. Зобов'язати округи суворо додержуватися інструкції НКОЗУ про порядок використання молодих фахівців.

Щоб завчасно забезпечити установи охорони здоров'я відповідними кадрами медробітників та правильно їх розподілити, нарада вважає за конче потрібну контрактацію окрздоровінспектурами лікарів курсантів, студентів останніх курсів, а також контрактацію середнього мед. персоналу.

Нарада визнає за доцільне встановити пляновий розподіл на обов'язкову роботу також і тих, що закінчили медпрофшколу й доручає Наркомздоров'ю внести відповідний законопроєкт до РНК.

Підчас розподілу лікарів всіх категорій в першу чергу треба задовольнити потребу Донбасу та колективного сектора сільського господарства, а також потребу в медперсоналі для нац. меншостей.

11. Констатуючи значу роботу НКОЗ в галузі організації підвищення кваліфікації лікарів, нарада визнає за потрібне збільшити цю роботу, ураховуючи недостатнє кількісне охоплення лікарів, що потрібують підвищення кваліфікації. Нарада визнає за правильну постанову колегії НКОЗУ про активну участь місцевих органів охорони здоров'я в справі підвищення кваліфікації медперсоналу через утворення інтернатур за місцевим кошторисом. Треба також приступити до організації курсів-семінарів в округах коштами округ під керуванням інститутів удосконалення лікарів. Нарада вважає, що підвищення кваліфікації в округах треба провадити за загально-республіканським пляном, що його повинен скласти НКОЗ з обліком округових плянів підвищення кваліфікації.

Одночасно зобов'язати округи відповідно з директивами НКОЗ здійснити силами ОЗІ розгортання різних курсів підвищення кваліфікації середнього персоналу.

Визнати за правильну організацію заочного навчання для максимального розвитку справи підвищення кваліфікації медичного персоналу.

12. У зв'язку з надзвичайно збільшеною потребою в кваліфіковних лікарях для здійснення 5 річного пляну, а також у зв'язку з реорганізацією вищої медосвіти визнати, що роля інститутів удосконалення лікарів набуває особливого актуального значіння, а тому конче потрібно значно підсилити викладавчу та матеріяльно-фінансову базу цих інститутів для збільшення так навчальної, як і наукової діяльности їх.

Нарада констатуючи незадовільне матеріяльне-побутове становище медробітників доручає НКОЗ в терміновому порядкові провести через законодавчі органи закон про пільги сільському медперсоналу та ще деяким групам медробітників (психіятрам, судовим медикам, лікарям БУПР'ів відповідно до тих законів, що їх видано в РСФРР). Ураховуючи незадовільне становище по деяких округах з кватирями для сільського персоналу та персоналу по промислових підприємствах, нарада вважає за потрібне обов'язати всі ОЗІ через відповідні ОВК вжити заходів щодо забезпечення всіх кваліфікованих медробітників кватирями. При будуванні медустанов треба будувати також кватир і для медичного персоналу. Для забезпечення кватирями медперсоналу на підприємствах доручити НКОЗУ вжити заходів через відповідні господарчі органи для забезпечення лікарів житлом на підприємствах.

Нарада, констатуючи зростання зарплатні медперсоналу, вважає за потрібне поставити більшу диференціяцію її для лікарів, що працюють у промислових центрах, зокрема в санітарно-профілактичних галузях роботи.

14. Відмічаючи ненормальність наявности значної кількости безробітних лікарів, що скупчені по великих центрах, при одночасній гострій потребі в лікарях, нарада доручає НКОЗУ разом з НКПраці вжити рішучих заходів до напрямлення цих лікарів на роботу.

15. Виходячи з потреб максимального оробочення адміністраторських кадрів та утворення сталого складу відповідальних робітників — нарада вважає за правильну лінію НКОЗУ рішуче висувати робітниче-селянський актив на відповідні адміністративні посади.

Одночасно нарада вважає за потрібне утворити найбільш сприятливі умови для адміністраторів з фахівців, встановивши періодичні відрядження для підвищення кваліфікації, а також провадити систематичне просування по адміністративних посадах.

16. Ураховуючи важливість справи підготовки наукових кадрів, визнати за правильні та доцільні пропозиції НКОЗУ щодо складання єдиного республіканського пляну підготовки наукових кадрів по лінії ріжних урядництв. максимально пристосовуючи до них фактичні потреб органів охорони здоров'я.

Одночасно доручити НКОЗУ вжити низку заходів до пересунення з великих центрів частини наукових робітників до периферії, щоб пожвавити наукову роботу по округах.

Констатуючи, що наукові робітники НКОЗУ забезпечені з матеріяльно-побутового боку значно нижче, аніж по інших наркоматах, доручити НКОЗУ вжити заходів, щодо піднесення матеріяльного забезпечення наукових робітників НКОЗ до норм забезпечення робітників НКОсвіти УСРР.

17. Вітаючи ухвали провідних органів щодо виховання фахівців на певній виробничій базі, а також ураховуючи, що виховання нових радянських лікарів так з боку кількости, як з боку якости можна налагодити лише на всій сумі установ та закладів НКОЗУ, що тільки й забезпечить справжнє запровадження виробничої практики, Всеукраїнська нарада вважає, що вже тепер настав час, коли медосвіта в цілому повинна зі всією матеріяльно-фінансовою базою та живою силою цілком перейти в розпорядження НКОЗу.

Поставити перед НКОЗУ питання про остаточну розробку проблеми цілої системи медосвіти, уточнивши й удосконаливши місце й ролю в цій системі науково-дослідчих та науково-практичних установ і закладів НКОЗУ.

59. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ДІЯЛЬНОСТИ НАУКОВИХ ІНСТИТУТІВ НАРКОМЗДОРОВ'Я в ЗВ'ЯЗКУ З П'ЯТИРІЧКОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

(*Доп. тов. Хармандар'ян Г. І.*)

1. Нарада констатує із задоволенням самий факт, що вперше на широке обговорення поставлено проблеми плянування наукової діяльности інститутів НКОЗ.

2. Тези правильно відбивають завдання роботи інститутів у реконструктивний період і в основному охоплюють найголовніші проблеми складної наукової діяльности інститутів. Тези правильно зосереджують увагу інститутів на потребі рішучого втілення філософії діялектичного матеріялізму в усі елементи наукової діяльности інститутів.

Ось чому їх треба покласти за основу розв'язання проблеми плянування наукової діяльности інститутів.

3. Нарада вважає за потрібне доручити відповідним відділам Наркомздоров'я протягом двох найближчих місяців розробити далі цей плян, маючи на меті конкретизацію його на спеціяльних нарадах однойменних або близьких за своєю діяльністю інститутів, де треба остаточно накреслити основні теми та окремі питання, що підлягають розробці в тому або іншому інституті, або спільно декількома інститутами, а також визначити темпи цієї розробки.

4. У зв'язку із вимогами, що складають Наркомздоров'ю підчас розв'язання питань соціялистичної перебудови та величезного нового будівництва, треба віддати окрему увагу розгортанню науково-вислідувальних

робіт у галузях, що зв'язані із соціялістичною реконструкцією виробництва та революцією побуту (будівництво житл і залюднених пунктів у цілому, громадське харчування, індустріяльна й сільсько-господарська праця, здоровий відпочинок та інш).

Поряд посилення діяльности існуючих інститутів у цьому напрямкові треба найближчим часом утворити ряд спеціяльних інститутів, що виконували б ці завдання, (санітарний інститут, інститут харчування, інститут соціяльної гігієни); при цьому нарада вважає за потрібне розробити плян дальшого будівництва нових інститутів після того, як його буде обговорено на місцях та прискорити будівництво інституту здоровоохорони. Так само треба опрацювати плян збудування нових будівель для інститутів, що вже існують.

5. Цінність, практична значимість і можливість реально використати дані, що їх здобувається через багаточислені вислідування, можна забезпечити лише тоді, якщо буде погоджено та ув'язано вислідувательну роботу й стантартизовану методику обслідувальних робіт. Вироблення уніфікованої методики треба провадити на основі попередніх методологічних вишукувань, здійснюючи це через погодження відповідних інститутів, притягування науково-практичних робітників цих галузей.

6. Нарада вважає за потрібне, щоб було широко втягнено й використано периферійні медично-санітарні установи підчас розроблювання наукових питань по лінії відповідних інститутів, в тім числі також інститутів удосконалення лікарів. Для цього інститутам треба найкоротчим терміном розробити організаційні форми втягування та використання периферійної мережі для зазначеної потреби. Щоб набути максимальної ефективности обслідувальних робіт, нарада вважає за доцільне утворення периферійних баз по лінії тих інститутів, що їх досі не мають.

Нарада вважає за потрібне зобов'язати окрздоровінспектури й медсанупри, як найбільше сприяти інститутам у здійснюванні їхніх наукових робіт, надаючи їм можливість провадити цю роботу в установах ОЗІ та МСУ.

7. Нарада пропонує всім інститутам, що їхня діяльність стикається з питаннями фізкультури, взяти активну участь у науковій розробці питань фізкультури дитячого й дорослого населення.

8. Нарада вважає за потрібне, щоб інститути було забезпечено належними фінансовими й матеріяльними коштами, які відпускають на наукову діяльність інститутів, причому особливу увагу віддати раціональному використанню цих коштів.

Констатуючи недостатність кадрів наукових робітників по інститутах, нарада доручає НКОЗ розробити заходи щодо забезпечення інститутів такими робітниками, ураховуючи при цьому потребу посилити в інститутах партійні кадри.

9. Нарада вважає за потрібне звернути увагу на рівномірніший, відповідно до завдань інститутів, розподіл серед них так грошових коштів, як і наукових сил.

10. Нарада вважає, що керівництво й спрямування наукової діяльности інститутів треба покласти на спеціяльний орган у НКОЗ. На цей самий орган треба покласти також облік ефективности праць інститутів.

Маючи на меті координувати роботу інститутів, треба організувати на місцях регулярні наради представників інститутів.

11. Нарада вважає за потрібне, щоб до програмів наукової діяльности відповідних інститутів було включено проблеми уздоровлення національних меншостей.

Нарада вважає за потрібне, щоб було посилено діяльність інститутів напрямком соціяльної паталогії й гігієни, для чого треба забезпечити відповідними коштами й штатами існуючі відділки та утворити їх там, де їх досі ще не утворено.

12. Нарада вважає за конче потрібне, щоб було вжито заходів, які забезпечують запровадження в життя оздоровчих міроприємств, що є наслідком науково-вислідувальної діяльности інститутів.

13. Вважаючи за потрібне зробити наукові досягнення інститутів майном широкої лікарської маси, а також сприяти розвиткові української медичної науки, нарада доручає НКОЗ забезпечити своєчасне видання праць інститутів.

Нарада вважає також за потрібне, щоб інститути НКОЗ брали активну участь у підготовці підручників для лікарів з дисциплін, що їх вивчається в інститутах НКОЗ.

14. Нарада вважає, що увагу інститутів треба найближчим часом скерувати на здійснення зв'язку з масами й широку популяризацію наслідків їхньої наукової діяльности серед робітниче-селянських мас республік а також на зв'язок із спорідненними за діяльністю периферійними організаціями. — Для цього бажано організовувати наукові конференції та складати звітні доповіді на підприємствах, зборах тощо, брати шефство над низкою установ, що здійснюють практичну роботу відповідної галузі, (відділки лікарень, консультації, ясла), видавати популярні брошюри й листівки, притягувати представників підприємств на конференції інститутів і т. і.

60. ПРО СОЦІЯЛІСТИЧНЕ ЗМАГАННЯ В ЛІКУСТАНОВАХ

(допов. тов. Андрійкевіч)

„Соціялістичне змагання, правлячи за найкращу методу виховування в робітничих масах соціялістично-свідомого ставлення до виробництва, в той же час зазначає втягнення всієї робітничої маси до розв'язання на практиці найважливіших питань господарчої роботи, себто наближення маси до управління промисловістю" (резолюція III Пленуму ВЦРПС).

1. Індустріялізація країни та соціялістична перебудова сільського господарства покладають величезні завдання на справу охорони здоров'я, що призвана поліпшувати живі енергетичні сили країни. Переведення чіткої клясової лінії, рішучого поліпшення медико-санітарного обслутовування індустріяльних робітників і соціялістичного сектору с.-г. можна дійти лише за умов дійсного втягнення в соцзмагання всіх груп медичних робітників.

2. Нарада відмічає, що, не зважаючи на загальне позитивне ставлення медробітників до соцзмагання, воно в чималій частині лікустанов не набуло ще потрібного розвитку. Це трапилось не тільки з причин кволого керівництва з боку спілкових органів, але й з-за цілком недостатньої участю, а іноді навіть і бюрократичного ставлення адміністраторів лікустанов та здоровквідділів, що досі не позбулися недбайливого ставлення до пропозицій робітників, постанов виробничих нарад, мляво розгорнули раціоналізаційні заходи щодо поліпшення труддисципліни, часто пасуть задніх (не використовують своїх прав), намагаючись перекласти цю роботу виключно на спілки.

3. Нарада відмічає, що до справи охорони здоров'я мало притягнено увагу широких робітничих мас та громадсько-політичних організацій, що дійсного зв'язку з робітниками ще немає, критику недоліків у роботі

лікустанов не розгорнуто і не ув'язано із завданнями соцзмагання. До цього часу є ще думка не тільки окремих груп медробітників (лікарів), але навіть і серед адміністраторів про те, що змагатися можна лише в промисловості, а не в лікустановах.

4. Враховуючи величезні завдання, покладені на радянську охорону здоров'я, нарада вважає за потрібне добитися рішучого перелому ставлення до питань соцзмагання не тільки з боку спілкових організацій, але. головне, по лінії адміністративно-господарчих груп від здоровввідділів до апарату НКЗдоров'я, мобілізуючи всі сили медробітників на боротьбу за кращу меддопомогу робітникам, батрацько-бідняцькому населенню та соц. сектору с. г.

5. Соціялістичне змагання слід також скерувати й на допомогу успішному виконанню підприємствами промфінпляну через нещадну боротьбу з прогульниками, симулянтами, оздоровлення умов праці робітника, попередження епідемічних захворувань у промислових районах, поліпшення санітарно-побутових умов робітника (їдальні, ясла, дитмайданчики тощо). Відповідальність за зрив промфінпляну за причинами невиконання цих міроприємств покладається на органи охорони здоров'я.

Соцзмагання треба скерувати на:

а) запровадження раціоналізаційних заходів в установах охорони здоров'я міста й села;

б) боротьбу з недисциплінованістю та бюрократичним ставленням до хворого;

в) підготовку кадрів у наукових закладах та ВИШ'ах;

г) наближення та якісне поліпшення обслуговування наймитсько-бідняцьких мас і соцсектору села;

д) ліпшу громадську роботу на селі.

7. Нарада вважає за потрібне перевести такі форми соцзмагання: індивідуальне, змагання відділів і палат, ударні групи, бригади, переходячи потім до ударних відділень і лікустанов у цілому (лікарень, поліклінік, медділянок, аптек).

8. Наркомздоров'я перевести спеціяльне обслідування низки здоровінспектур, а останні повинні обслідувати лікустанови щодо їхньої роботи по розгортуванню соцзмагання, реалізації пропозицій робітників та виконання вирішень виробничих нарад.

Здоровввідділи повинні мати в себе повний облік заходів, що переведені в порядкові соцзмагання, пропозицій робітників, постанов виробничих нарад і ефект, що стався у наслідок реалізації.

9. По всіх здоровввідділах та великих лікустановах треба утворити фонди преміювання винахідництва та цінних пропозицій. Треба запроваджувати конкурси на кращу медділянку, амбуляторію, лікарню, вижиття черг, постановки громадської контролі, кращого зв'язку з робітниками тощо.

10. Треба досвід і знання, що їх набувають у наукових відрядженнях так закордоном, як і в межах СРСР, розповсюджувати серед мас медробітників для кращого практичного використовування в установах охорони здоров'я.

11. Притягти робітників підприємств до участи у виробничих нарадах лікустанов, конференціях, відчитів лікустанов на заводах, обрання робітників за арбітрів підчас перевірки договорів на соцзмагання.

12. Темп розгортування соцзмагання найщільніше зв'язано з тим, наскільки маси медробітників усвідомили завдання охорони здоров'я в ре-

конструктивну добу. Господарчі організації повинні взяти безпосередню участь так у фінансуванні, як і в організації заходів розгортування політико-виховної та виробничої роботи.

Для цього треба:

а) Будуючи лікустанови, обов'язково водночас передбачати помешкання для клюбів, червоних кутків для медробітників;

б) Протягом двох років радіофікувати всі сільські установи та організувати систематичну радіопередачу політичних виробничих та наукових доповідів і т. і.

в) Брати участь в організації виробничої освіти серед медробітників, видаючи відповідну літературу, організовуючи заочне навчання і т. і.

г) Широко популяризувати п'ятирічку охорони здоров'я, влаштовуючи стаціонарні та пересувні виставки, видаючи відповідну літературу тощо.

61. ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

(*Доповідач т. Ліфшиць Я. І.*)

1. Реконструктивний період вимагає такої організації мережі медично-санітарних установ, щоб вона забезпечувала єдиність і пляновість керівництва та роботи, переважне обслуговування промислового пролетаріяту, сільського соціялістичного сектору й пролетарського дитинства та юнацтва. Цю задачу можна виконати тільки за широкої профілактизації медичної допомоги, тобто диспансеризації її.

2. Теперішній стан диспансеризації не забезпечує здійснення зазначених задач, бо має в собі чимало істотних дефектів:

а) надто невелика кількість тих, що їх охоплює диспансеризація;

б) як правило, диспансеризацію обмежують тільки обліком, або обліком, доглядом і санітарним описом, через що вона в значній мірі позбавляється основної своєї мети — правильного розподілу лікувальної, соціяльної та профілактичної допомоги та оздоровлення праці й побуту;

в) ще триває зростання звертань та відвідувальности;

г) спостерігається велика ріжноманітність самих метод переводу установ на диспансерні рейки;

д) розробка та популяризація матеріялів диспансеризації провадиться із великим спізненням, або не провадиться зовсім;

е) є розрив між обліком та уздоровленням умов праці з одного боку та умовами побуту — з другого;

ж) спостерігається функціональна розрібненість диспансеризації за віком та окремими хворобами, через що надто утруднюється облік уздоровлення всіх умов, що впливають на здоров'я особи й колективів у цілому.

3. Ці недоліки виникають із ряду дефектів в організації, структурі та роботі медустанов і в керівництві ними:

а) мережу розподілено нерівномірно, її розпорошено на окремі недосить ув'язані одна з одною одиниці, що в значній мірі дублюють роботу;

б) структура апарату й штати установ не забезпечують єдиности обліку й догляду, своєчасного виявлення хворих і вживання оздоровних заходів, зокрема недосить кадрів диспансерних сестер;

в) маса лікарів і робітничого населення, а часто-густо також і апарати окрздоровінспектур, недосить засвоїли ідеї, принципи та користь диспансеризації;

г) КОПІП'ів мало; вони мають надто незначні кошти, а це перетворює їх саме в апарат пропагандистської роботи;

д) надто невелика мережа профілактичних установ; розподіл користання з неї перебуває поза безпосереднім віданням, а часто й впливом поліклінік і диспансерів (будинки відпочинку, санаторії, курорти);

е) бракує потрібного ув'язування між лікувально-профілактичною, саносвітньою і санітарною роботою, зокрема санітарний догляд не став іще одною із складових частин диспансеризації, хоча за суттю мусить бути найважливішою її ланкою;

ж) не конкретизують задач диспансеризації, висновків її не використовується в належній мірі, щоб правильно скерувати санітарно-оздоровні впливи на середовище підчас плянування й витрачання коштів у справі здоровоохорони;

з) розрив між органами Наркомздоров'я та Наркомпраці щодо обслуговування підприємств не дає змоги об'єднати облік, догляд та уздоровлення праці в органах здоровоохорони що зле відбивається на ефективності медично-санітарних заходів щодо охорони здоров'я пролетаріяту.

4. Усі ці дефекти можна усунути тільки через районування, концентрацію й функціональне об'єднання ріжних медустанов в єдину систему, що спроможеться забезпечити нерозривний зв'язок між лікуванням осіб, уздоровленням колективу й санітарним уздоровленням залюднених пунктів, коли буде злито до купи однакові функції ріжних установ, скасовано середвідомче неув'язування, посилено ефект заходів здоровоохорони через плянове й найдоцільніше витрачання сил і коштів.

За найдоцільнішу систему організації медичних установ, щоб розв'язати вищезазначені задачі, що цілком відповідали б загальними завданнями соціялістичного будівництва, нарада вважає єдиний диспансер. Він забезпечує функціональний принцип зосереджування й районування мережі, ув'язує в одне всі галузі роботи на місцях—лікувально-профілактичну, охорони материнства й дитинства, саносвіту й санітарну справу по лінії санітарного й пром. санітарного догляду, з'єднує сили й кошти розрізненої досі самодіяльности трудящих по лінії здоровоохорони, розв'язує проблему сільської профілактичної дільниці, а головне, забезпечує єдиність обліку, догляд та уздоровлення в галузі праці й побуту, що є тепер найважливішою задачею.

5. За найістотніші ознаки, що відріжняють єдиний диспансер у закінченому вигляді від нинішньої мережі, нарада вважає таке:

а) диспансеризацію всього трудового населення за місцем мешкання;

б) пристосування диспансеризації до окремих адміністративних районів;

в) об'єднання в одній особі лікаря-диспансеризатора функцій амбулаторної допомоги, догляд допомоги вдома, концентрацію всіх матеріялів з диспансеризації, чим регулюється самотьок й забезпечується правильний розподіл лікувально-соціяльної допомоги;

г) встановлення єдиности обліку й раціоналізації системи реєстрації та зберігання матеріялів, вживаючи єдиних індивідуальних санжурналів, посімейних карток і територіяльних санітарних формулярів;

д) об'єднання самодіяльности трудящих навколо єдиного КОПІП'у замість теперішньої розпорошености:

е) введення єдиної диспансерної сестри замість теперішніх, що працюють паралельно з окремих фахів;

ж) встановлення єдиного використання кабінетів фахівців, лябораторних уставлень рентгену та інш.;

з) включення функцій участкової санорганізації в діяльність єдиного диспансеру.

6. Нарада констатує, що тепер неможна ще досягти цілковитого переутворення медичної мережі на засадах розгорненого єдиного диспансеру та охопити нею все населення через недостатність, непристосованість, розпорошеність і нерівномірний розподіл мережі поряд відсутности відповідних кадрів. Ось чому нарада пропонує здійснювати цю реорганізацію насамперед у робітничих районах промислових центрів, забезпечуючи поліклінічною допомогою соціялістичний сектор села там, де це можна за станом мережі.

Вводячи при цьому єдиний диспансер, неможна ні в якій мірі послабити, а навпаки треба посилити запровадження клясової лінії, тобто першочергово треба диспансеризувати робітників важкої індустрії, робітниць, школярів і робітників — підлітків, постійних сільсько-господарських робітників, наймитів і членів сільсько-господарських комун.

7. Нарада пропонує вже тепер утворити в кожній окрузі не менше одного показового й закінченого єдиного диспансеру з тим, щоб пильно урахувати досвід його роботи й поступовно поширити всю мережу. Показовий диспансер треба утворити в районі, що має єдину поліклініку та що видається більшою або меншою концентрацією робітничого населення, або в сільському районі з профілактичною дільницею, або в першому й другому місці.

Щодо основної мережі, нарада вважає за доцільне, щоб негайно було здійснено окремі заходи щодо наближення її до форм єдиного диспансеру.

За найактуальніший захід нарада вважає районування, виділення лікарів, що сполучують функції амбуляторної допомоги й допомоги вдома, реотганізацію реєстрації, утворення єдиних сестер, об'єднання самодіяльности, включаючи обов'язково здоровосередки по житлоокопах, пристосування форм і змісту саносвіт. роботи доробoти диспансеризації та інш.

8. Зважаючи на брак средньою кваліфікованого персоналу та лікарських кадрів, гідних до роботи в єдиному диспансері, Наркомздоров'ю треба негайно потурбуватися про підготовку лікарів—диспансеризаторів, що мають широкі лікувальні та профілактичні знання в галузі організації здоровоохорони й соціяльної гігієни для керівництва єдиним диспансером.

9. Нарада вважає за потрібне, щоб усе будівництво нових медичних установ й розгортання окремих диспансерних одиниць (гігієнічна консультація, профдиспансер тощо), ув'язувалося із завданням переводу всієї мережі на засади єдиного диспансеру.

Крім того, треба відобразити в п'ятирічному пляні Наркомздоров'я та окрздоровінспектур заходи й накреслити терміни реорганізації мережі та підготовки кадрів, стосовно до потреб єдиного диспансеру.

10. Зважаючи на те, що ще недосить розроблено в деталях питання про єдиний диспансер, що форми його реорганізації треба пристосовувати до особливостей місця та наявної мережі (наявність єдиної поліклініки, наявність роздріблених амбуляторій, наявність районної або дільничної організації та пунктів першої допомоги), нарада пропонує негайно обговорити це питання на місцях в окрздоровінспектурах, на лікарських конференціях, на робітничих зборах, щоб під цю організацію підвести громадську базу й виробити конкретні заходи, стосовно до особливостей й потреб місць.

Поруч цього нарада вважає, що Наркомздоров'ю треба скласти на основі цієї резолюції конкретні вказівки місцям, розробити положення про єдиний диспансер та єдині форми обліку й реєстрації.

11. Ураховуючи, що диспансерізацію утруднює недостатність коштів на соціяльну допомогу, недостатність соціяльно-профілактичних установ і відірваність їх од органів здоровоохорони, а також наявність міжвідомчих гальм, що утруднюють єдиність уздоровлення праці й побуту промислового пролетаріяту, нарада доручає Наркомздоров'ю вжити всіх залежних заходів щоб усунути ці явища.

12. Нарада пропонує скликати найближчим часом спеціяльну Всеукраїнську нараду з практичних питань, що зв'язані з переводом мережі на рейки єдиного диспансеру.

II. ПОСТАНОВИ (ствердження тез).

62. ПРО РАЦІОНАЛІЗАЦІЮ МЕДИЧНО-САНІТАРНОЇ СПРАВИ НА УКРАЇНІ

(*Допов. Ю. А. Кушнір*).

I. Розвинення всієї справи радянської охорони здоров'я, відповідно до темпів розвинення народнього господарства, індустріялізації країни й перебудови сільського господарства можна забезпечити поруч зростання фінансування охорони здоров'я низкою раціоналізаційних заходів, що мають за своє завдання розширити та здешевити всі види медично-санітарної допомоги за умови забезпечення відповідної якости. Через це раціоналізаційні заходи на найближчий час повинні стати одним із могутніх знарядь, що сприятимуть запровадженню в життя п'ятирічного пляну.

II. Треба констатувати, що органи охорони здоров'я, так у центрі, як і на місцях досі не приділили досить уваги роботі щодо раціоналізації.

Не здійснюється потрібний контакт між адміністрацією й виробничими нарадами та немає обліку наслідків запровадження раціоналізаційних заходів.

Там, де раціоналізаційну роботу провадять, в ній не спостерігається потрібної систематичности і пляновости.

III. Раціоналізаційна робота не повинна бути епізодичною, а пляновою й систематичною. Треба поставити облік, що його треба провадити регулярно, і досвід роботи мусить висвітлюватись досить повно в періодичній пресі.

IV. При окрздоровінспектурах треба утворити спеціяльні осередки раціоналізації, причому бажано, щоб до складу цих осередків увіходили особи, що їм треба дати можливість ознайомитись із основними принципами методики раціоналізаційної роботи (Оргбуд РСІ).

V. Систематична робота в питаннях раціоналізації повинна стати постійною в практиці адміністрацій усіх медично-санітарних установ і здійснюватись у щільному контакті з виробничими нарадами.

У більших установах бажано виділити, як досвід, спеціяльні бюра раціоналізації зі складу їхніх штатних робітників.

Щоб збільшити роботу в цій галузі, бажано організувати поруч змагання на піднесення труддисципліни й т. інш., соціялістичне змагання в раціоналізаційній роботі.

IV. Раціоналізаційну роботу треба провадити двома напрямками: раціоналізації управлінських апаратів охорони здоров'я та раціоналізації самої медично-санітарної справи.

В основу переведення робіт із раціоналізації треба покласти:

а) чітке плянування всієї медично-санітарної роботи,

б) спрощення апарату й боротьба з бюрократизмом і формалізмом,

в) поліпшення якости особового складу робітників,

г) чіткість функцій і персональна відповідальність робітників,

д) правильна постановка систематичної перевірки виконання постанов партійних, радянських і спілкових органів у галузі охорони здоров'я.

е) заходи до піднесення та зміцнення трудової дисципліни,

ж) притягнення широкої громадської контролі над усією справою охорони здоров'я

VII. Першочергові завдання при раціоналізації апаратів управління полягають у тім, щоб:

1) переглянути функції усіх частин апарату для передачі яко мога більшої кількости їхнім периферійним органам та оперативним установам.

2) встановити й чітко розмежувати функції поміж окремих виконавців, щоб усунути паралелізм, збільшити право й відповідальність окремих виконавців, усунути множості інстанцій,

3) розробити чіткі й повні форми зв'язку з периферією,

4) організувати зовнішні умови роботи щодо правильного використування приміщень, правильного розміщення співробітників тощо,

5) раціоналізувати систему діловодства (централізація або децентралізація його, організація поточного архиву, реєстрація виконання паперів),

6) раціоналізувати справу обслуговування відвідувачів (організація живої й німої довідки, система прийому відвідувачів, установлення чергувань, порядок приймання заяв, устаткування почекальні тощо).

7) спростити форми звітности місць, зберігаючи при цьому повноту відомостей, що їх вимагається, в клясовому розрізі.

VIII. Питання поліпшення медично-санітарного обслуговування населення втілюється в термінову потребу раціоналізувати всю роботу лікувально-профілактичних, санітарних і охматдитських установ.

За своїми методами роботи більшість поліклінік та амбуляторій недалеко відійшла від старих примітивних амбуляторій.

Якість роботи поліклінік вимірюється або кількістю спеціяльних при них кабінетів або кількістю лікарів. Не утворено ще обставин та умов максимально можливого пристосування складних метод лікування, немає змоги надати дійсно радикальну кваліфіковану допомогу на місці.

Уся внутрішня архітектоніка поліклініки не являє ще собою чітко налагоджений, витриманий у цілому механізм, підлеглий одній загальній ідеї, одному загальному завданню.

Поліклініка — штаб боротьби за здорову працю й побут — цього гасла ще не здійснено.

Лікувально-профілактичну допомогу треба районувати, для чого треба переглянути всю мережу лік.-проф. допомоги. Треба виробити систему переходу обслуговування населення за місцем мешкання. Для цього треба:

1. Розробити питання, як втілити окремі елементи роботи єдиного диспансеру в роботу наших поліклінік: єдиний патронаж, об'єднання роботи в поліклініці з роботою в районі, перетворення поліклініки в одне оранізаційне ціле та інш.

2. Раціонально поставити регулювання відвідувань хворих (ліквідація черги, утворення раціональної системи запису первісних і повторних хорих, перегляд форм документації, устаткування архіву та інш. міроприємства для раціоналізації реєстратури).

3. Раціоналізувати роботи лікаря, як-от:

а) перегляд операцій, що їх виконує лікар, приймаючи хворого, у тім розумінні, щоб максимально звільнити лікаря від виконання операцій канцелярійного й допоміжного характеру,

б) перегляд форм, що їх заповнює лікар, прагнучи максимально їх скоротити,

в) диференціяція роботи амбуляторного лікаря в розумінні забезпечення окремого прийому екстрених хворих.

г) організація системи допомоги вдома.

4. Уточнення методи запровадження диспансеризації й вироблення форм обліку заходів лік. проф. допомоги.

IX. Робота стаціонарів потрібує також великої раціоналізації. В цій галузі за першочергові завдання править таке:

1. раціоналізація порядку надання місць у лікарнях;

2. встановлення єдиних метод і форм медичної реєстрації та обліку хворих, що їх прийнято до лікарень й тих, що їм відмовлено;

3. раціоналізація харчування в стаціонарах;

4. боротьба, зокрема на селі, з явищами нецілковитого заповнення ліжок;

5. вивчення віддалених результатів стаціонарного лікування через ув'язку роботи з поліклінікою, амбуляторією;

6. опрацювання метод обліку робітничого часу персоналу й т. інш.

X. У зв'язку із специфічними умовами роботи в диспансерах, що провадять боротьбу із соцзахоруваннями (туберкульозою, венеризмом, наркоманіями), поруч завдань раціоналізаційного порядку, які є загальними для поліклінік, — стоять ще такі першочергові завдання:

1. Раціоналізація техніки обслуговування курсових хворих: реконструкція організації обслуговування, ущілення кількости відвідувань, регулювання відвідувальности, тощо.

2. Реорганізація обліку курсових хворих і процедур, сімейний конверт тощо.

3. Раціоналізація техніки роботи обслідувального апарату щодо плянування, районування, карткової системи обліку їхньої роботи тощо.

XI. З усім цим ув'язується величезна робота раціоналізації фармацевтичної справи: організації єдиної аптеки, запровадження лікових прописів тощо.

XII. Не менші завдання стоять у питаннях раціоналізації роботи санітарної організації. Тут насамперед потрібно:

1. Переглянути з метою раціоналізації зміст роботи та функції санітарних лікарів, щоб развантажити їх од роботи, що не вимагає санітарної компетенції.

2. Раціоналізувати діловодство санлікарів.

3. Переглянути форми обліку роботи санлікарів, лікарів ОЗД та ОЗДП.

4. Переглянути й методи керівництва санлікарями, лікарями ОЗД та ОЗДП і для останніх — раціоналізація форм взаємин з органами Наросвіти.

5. Маючи на меті раціоналізувати роботу по установах охматдиту треба:

а) щільно ув'язати роботу консультацій та ясел з районовою поліклінікою та меддопомогою вдома;

б) переглянути систему обліку роботи установ охматдиту, ущільнюючи її та розширюючи патронажну роботу.

6. У галузі саносвітній треба вточнити функції роботи округових інспекторів саносвіти, здійснити через саносбудинки об'єднання керівництва всією саносвітньою роботою. Разом з тим, треба раціоналізувати й саму методу запровадження саносвітньої справи.

XIII. Щоб полегшити запровадження в життя раціональних заходів, треба:

а) притягти всі наукові інститути НКОЗУ до опрацювання окремих конкретних раціоналізаційних проблем.

б) підготовити кадри раціоналізаторів медично-санітарної справи, організувавши разом з Оргбудом НК РСІ спеціяльні курси;

в) практикувати преміювання органами охорони здоров'я цінних раціоналізаційних пропозицій.

XIV. Щоб зразково поставити справу раціоналізування всієї медично-санітарної допомоги, треба в Харкові утворити ряд центральних станцій раціоналізації, а по великих університетських центрах — обласних, де практично опрацьовувалися б проблеми раціоналізації окремих видів медично-санітарної допомоги. Через ці станції треба перепустити насамперед усіх лікарів, що набувають перекваліфікації в ін-тах удосконалення лікарів. Останні повинні звідси відомости щодо практичної раціоналізації рознести по всій Україні, а сюди подавати свій досвід і свої запитання.

XV. На чолі всієї раціоналізаційної роботи, мусить бути завдання такої раціоналізації мережі, що дало б змогу якнайбільше підносячи якість, охопити обслуговуванням промисловий пролетаріят (насамперед важкої індустрії), сільгоспробітників, наймитство в масі колективізованого селянства.

XVI. До всієї раціоналізаційної роботи треба притягти, опріч виробничих нарад, ще й зорганізовані навколо справи охорони здоров'я робітничі маси через КОПП, секції охорони здоров'я міськрад, а на селі — комісії охорони здоров'я та інші організації активу здоровоохорони.

63. ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ БОРОТЬБИ З ЕПІДЕМІЯМИ В РЕСПУБЛІЦІ

(доп. т. Марзеєв А. Н.)

1. Епідемічний стан України в даний період можна характеризувати так:

а) Порівнюючи з довоєнним часом більшість інфекцій: черевний тиф, різачка, паразитарні тифи, обклад, віспа — знизилися в багато разів (в 3 рази — черевний тиф і в 120 разів віспа: з 4,8 до 0.04 на 10.000 населення).

б) Порівнюючи із західніми державами ми небезпечні на паразитарні тифи, кишкові інфекції, малярію, телій, сказ, трахому, сверблячку.

в) Епідемічний стан є несталий, зокрема у поточному 1929 році ми маємо (як і по всьому СРСР) підвищення захорувань на черевний тиф, паразитарні тифи, шкарлятину.

2. Найближчим часом органам охорони здоров'я доведеться мати справу:

а) з високою досі захорувальністю на кишкові інфекції, дитячі інфекцію, малярію;

б) з можливим наростанням паразитарних тифів;

в) зі сказом, телієм, церебро-спинальним менінгітом;

г) з епідеміями грипу;

д) з широко-розповсюдженими побутовими хворобами: трахомою, сверблячкою, а також з масовим гельмінтіязисом.

3. Конкретні завдання на найближчий час в справі поліпшення епідемічного стану республіки ось які:

а) ліквідувати захорування на віспу за винятком заносних випадків;

б) почати ліквідацію вогнищ паразитарних тифів і стримувати зростання висипного тифу, що накреслюється;
в) знизити епідемічні захорування на черевний тиф, різачку та малярію;
г) не допустити епідемію обкладу;
д) через щеплення й серотерапію зменшити смертність від шкарлятини й кору;
е) посилити профілактичну боротьбу з телієм, глистами, трахомою й сверблячкою;
ж) повести пляномірну боротьбу з телієм, глистами, трахомою й сверблячкою.

3. Широке поширення в республіці цілої низки інфекційних захорувань, можлива загроза наростання таких, зазначені вище завдання щодо поліпшення епідемічного стану України, незадовільний санітарний стан залюднених місць, швидке зростання промисловости по індустріяльних центрах і повна реконструкція сільського господарства, наш міжнародній зв'язок і санітарні конвенції, — все це настирливо і невідкладно вимагає наявности в республіці широкої, кваліфікованої, авторитетної, щільно зв'язаної з масами, правильно побудованої, забезпеченої коштами і потрібними установами протиепідемічної організації.

4. На теперішній час організація справи боротьби з епідеміями на Україні (і в СРСР) є примітивна, вона не може дати потрібної ефективности й не гарантує республіки від можливости великих епідемій, небезпечних для народнього здоров'я й надто утратних для господарства країни.

До цього часу правильно поставленої протиепідемічної організації ми не маємо.

5. Санітарна організація, частиною якої є протиепідемічна організація, на сьогодняшній день недосить велика й міцна.

6. Основна трудність правильної постановки боротьби з епідеміями полягає в крайній недостатності й неналагодженості підготовки потрібних для цього фахівців: епідеміологів (всього 54 по Україні), інфекціоністів, епідемічних лікарів.

а) по мединститутах катедр епідеміології або немає, або погано облаштовано. Клініки інфекційних хвороб мають мінімальну кількість годин (на 5 курсі—1 година лекційна та 1 практична).

В країні, що небезпечна на епідемії, у програмах мединститутів епідеміологія й інфекційні хвороби не відбивається в потрібній мірі, і, як наслідок цього, молоді лікарі часто не можуть діягностувати заразливі хвороби, мало знаються на епідеміології й профілактиці інфекцій, не дають собі ради в справі боротьби з епідеміями;

б) епідемічні відділи сан. бак. інститутів нещодавно відкрито і ще не дають периферії епідеміологів;

в) підготовку епідеміологів ведеться, хоч і в не достатній мірі, через курси й інтернатуру.

7. Досі не поставлено підготовку середнього санітарного персоналу, потрібного для боротьби з епідеміями, щепіїв, дезинфекторів, хінізаторів і відповідальну роботу по щепленню, дезинфекції, хінізації й т. інш. переводить непідготований персонал й іноді без належної лікарської контролі.

8. Посади округового епідеміолога, — цього основного фахівця, керівника боротьби з епідеміями не всюди загально-вживано, часто її не вводять або скасовують, незадовільно оплачують. Ніде немає постійних посад епідемічних лікарів, через що досі не утворився цей потрібний кадр, і на епідеміях працюють випадкові, тимчасові, цілком недосвідчені лікарі.

9. Протиепідемічна організація не тільки не має твердого кадру персонала, але й потрібних протиепідемічних установ:

а) санбак. інститути й протозойний інститут протягом останніх років посилено переводяться на епідеміологічні рейки, готують велику кількість вакцин і сироваток, але їх робота по епідеміологічному значенню вогнищ і науково-практичному керівництву периферією тільки починає розгортатися.

б) надто недостатня в республіці кількість сан. бак. ляборатор[і]й, цілком потрібних для правильної постановки боротьби з епідеміями.

По Україні в 1929 році було 154 ляборатор[і]ї, з них на селі — 113.

1 ляборатор[і]я припадає на 4 — 5 районів або на 200 — 250 тис. населення.

Районові санбакляборатор[і]ї по округах розподілено:

Жодної ляборатор[і]ї — 2 округи, 1 ляборатор[і]я — 12 окр., 2 — 3 ляборатор[і]ї — 13 окр., 4 — 5 ляборатор[і]ї — 8 окр., 6 ляборатор[і]й — 3 окр., 7 ляборатор[і]й — 1 окр.

в) дезінфекційну справу по округах поставлено слабо: майже немає дезстанцій, цілком недосить дезкамер. Лише останнього року рік за підтримкою НКОЗ спостерігається значний зсув у цій справі: проєктують низку дезстанцій, налагоджено виробництво дезкамер, почали відпускати на цю справу поки невеликі кошти, приступили до організації лазнево-пральних дезинсекційних загонів.

10. Щепільна справа не набула досі характеру постійної організації з твердим підібраним штатом, підібраним персоналом, фінансовою базою й чітким пляном роботи. А тимчасом щепільна справа набула чрезвичайно великих розмірів, так у 1928 році було прищеплено понад 5 міл. чол. з яких:

Проти віспи	3.812.540
„ черевного тифу	381.503
„ шкарлятини	629.165
„ обкладу	69.938
Зроблено реакцій ШІК'а	131.028

11. У незадовільному стані перебуває справа з основними протиепідемічними заходами — зі шпіталізацією гостро-заразливих хворих:

а) багато пошесних відділків, що раніш існували — зайнято для інших потреб: для терапевтичних хворих, під пологові відділки, амбуляторії, кватирі;

б) частину закрито через відсутність річного кошторису й штатів і відкривали їх лише при велихих вибухах за рахунок епідемічного фонду;

в) облаштовано заразливі відділки погано, і в них часто лютують внутрилікарняні інфекції;

г) немає належної цікавости й уваги до пошесних відділків ні з боку лік. проф. інспектур, ні з боку лікарів лікарень;

ґ) серед населення інфекційні відділки популярности не мають;

е) кількість пошесних ліжок на Україні дуже мало: 4.109, з них по сільських місцевостях — 1.296, що дає на селі на 1 інфекційне ліжко 20.000 мешканців, замість нормальних 2.000;

ж) будівництво інфекційних відділків відстає від загального ходу лікарняного будівництва;

з) підчас кожної, навіть невеликої, епідемії зі шпіталізацією хворих утворюється величезні труднощі.

12. Найголовніша перешкода для правильної й успішної боротьби з епідеміями полягає у відсутності в цій справі достатньої фінансової бази:

а) надто малий епідемічний фонд НКОЗ (до цього року 100.000 крб.);

б) повна недостатність епідфондів за місцевим бюджетом (2.000 — 5.000 — 10.000 крб. на округу);

в) повна відсутність асигнувань на протиепідемічні заходи за фондом меддопомоги;

г) те, що до цього року промисловість не брала участи у витратах на боротьбу з епідеміями.

Лише 1929 року різко поліпшилось фінансування справи боротьби з епідеміями через:

а) закон з 20-III 1929 року;

б) відпуск промисловістю великих коштів на боротьбу з черевним тифом;

в) велике збільшення асигнувань за державним бюджетом (2.000.000 крб.);

г) асигнування Цустраху і НКШляхів.

Проте, нема ще належного зламу щодо цього ні в місцевому бюджеті, ні в фонді меддопомоги.

Для епідемічного оздоровлення республіки, вижиття низки інфекцій, значного зменшення інших з них і досить надійної охорони від повторення масових епідемій потрібно:

1) Всіляко намагатися широкого запровадження загально-оздоровчих заходів щодо поліпшення доброустрою населених місць, водопостачання таких, асенізації житлового будівництва, народнього харчування, лазневої справи. В першу чергу й в найбільшому маштабі ці заходи треба запровадити по промислових центрах (Донбас, Криворіжжя, індустріяльні міста). На селі за головні об'єкти оздоровних заходів повинні стати комуни й радгоспи.

2) Кількісно й якісно посилити санітарну організацію.

3) В складі санітарної організації кожної округи утворити трійку й кріпку протиепідемічну організацію за такою схемою:

А. В окрузі.

а) Округовий епідеміолог — в склад[1] апарату санітарної інспектури ОІЗ, або округової санбаклябораторії. Він керує всією справою боротьби з епідеміями в окрузі й протиепідемічними установами;

б) епідемічний відділок округової сан. бак. лябораторії, що запровадить потрібні епідеміологічні лябораторні дослідження;

в) протиепідемічні установи округового масштабу: малярійні й пастерівські станції, пункти або загони;

г) загони: щепільні, лазнево-пральні-дезінсекційні, дезінфекційні;

д) епідемічний персонал: лікарі, лікпоми, сестри, дезінфектори, санітари;

е) тимчасові інфекційні бараки;

ж) склеп епідемічного інвентаря (твердий і м'який інвентар, облаштування ліжок, речі догляду, дез засоби і т. інш.).

Увага 1. По деяких округах (Донбас і інш.), крім округового, мусять бути ще 2 — 3 епідеміологи для обслуговування округи.

Увага 2. Розмір округової протиепідемічної організації визначається епідемічністю округи та її матеріяльними можливостями.

Б. В районі.

1) Райсанлікар.

2) Райсанстанція з лябораторією, дезагони й щепільним пунктом (лябораант, щепій, дезінфектор).

В. В округовому (або іншому великому) місті.

а) міське підбюро з міським епідеміологом на чолі;
б) міські епідеміологи;
в) дезстанція;
г) лябораторія — міська або округова;
д) щепільні пункти, або загони;
е) епідемічний персонал.

3) Збільшити кількість інфекційних ліжок й поліпшити якість таких через:
а) звільнення пошесних відділків, що використано не за прямим призначенням;
б) забезпечення в річних бюджетах усіх пошесних бараків, що існують, твердим кошторисом і постійним штатом;
в) будівництво нових пошесних відділків і обов'язкового включіння таких до складу всіх лікарень, що знов будують;
г) постачання потрібним інвентарем і речами для догляду.

Протягом 5 років довести по всіх округах кількість інфекційних ліжок до 20% всіх осматичних ліжок.

4) Інфекційні відділки лікарень, залишаючись у віденні лікувально-профілактичних інспектур, підчас епідемій у оперативному відношенні щодо санітарного стану таких, прийому й виписування хворих, боротьби з внутрилікарняними інфекціями, санітарної обробки хворих, лябораторної діягностики—підлягають розпорядженням і вказівкам санепіду.

5) По всіх округах приступити до рішучого посилення протиепідемічної організації через:
а) утворення постійного кадру епідемічного персоналу;
б) розгортання мережі протиепідемічних установ.

6) Піднесення на належну височінь дезінфекційної справи з тим, щоб до кінця п'ятирічки побудувати по всіх округових містах дезстанції; забезпечити всі лікарні стаціонарами, дезкамерами та постачити райсанстанції пересувними дезкамерами.

7) Надто збільшити асигнування по боротьбі з епідеміями за всіма видами фінансування здоровохорони: державному і місцевому бюджетах, фонду меддопомоги та широко притягти кошти промисловости, згідно з законом 28 березня з 1929 р.

8) Просити НКОсвіти ввести за обов'язкові катедри епідеміології по всіх медінститутах, посилити їх таксамо, як і клініки інфекційних хвороб.

9) Збільшити кількість інтернатур для підготовки епідеміологів, інфекціоністів, бактеріологів.

10) По лінії НКОЗ організувати низку курсів для підготовки:
а) лікарів епідеміологів;
б) завідувачів лябораторій і лябораантів;
в) щепільного персоналу;
г) дезінфекторів.

11) Розширити й посилити епідеміологічні відділи сан. бак. інститутів.

12) Саносвіті посилити свою діяльність щодо боротьби з епідеміями.

13) Всю протиепідемічну діяльність по округах вести за розробленим пляном, запроваджуючи ті або інші протиепідемічні кампанії в певні календарні строки. Великі протиепідемічні заходи включити до п'ятирічного пляну охорони здоров'я.

14) Всю діяльність органів здоровохорони по попередженню й боротьбі з епідеміями треба будувати на підставі активної самодіяльности і контролі з боку громадських організацій і широких мас трудящих.

(*Колегія затвердила 5 січня 1930 р.*).

64. ПРО СУДОВО-МЕДИЧНУ РОБОТУ.

(*допов. т. Мейєр В. Р.*).

I. Нова „устава про судоустрій" усунула паралелізм в роботі, що був за останні роки на Україні в справі виконання судово-медичної експертизи установами двох різних відомств, визнає справу судової медицини за підлеглу компетенції Наркомздоров'я і тим самим покладає на НКОЗ та його місцеві органи завдання цілком і повністю обслужити й забезпечити всі органи суду, прокуратури, слідство і дізнання (НКЮ і НКВС) всіма родами судово-

медичної експертизи (огляди й розтини трупів, обслідування живих осіб, дослідження речових доказів і т. інш.).

II. Це зобов'язує Наркомздоров'я й всі його місцеві органи звернути на судово-медичну роботу особливу увагу для повного, точного й своєчасного виконання всіх вимог на судово-медичну експертизу, що становлять органи суду та слідства. Треба визнати, що до останнього часу, через цілу низку причин на судово-медичну галузь роботи органів охорони здоров'я не звертали належної уваги, й досягнення тут не такі великі як в інших галузях медичної роботи.

III. Виконання судово-медичної роботи не може бути для місцевих органів охорони здоров'я чимсь стороннім, для них не властивим. Навпаки, тільки органи охорони здоров'я, що мають в своєму штаті лікарів ріжних спеціяльностей, не говорячи вже про спеціялістів судових медиків, закликано виконувати судово-медичні функції. Цілком правдива устава про місцеві органи охорони здоров'я, ураховуючи велике державне значення судово-медичної роботи, вважає її за одну з основних галузів роботи органів охорони здоров'я.

IV. Основний виконавець судово-медичної роботи, так у центрі, як і на місцях, є спеціяльна судово-медична організація НКОЗ, що має в собі:

1. Судово-медичний відділ НКОЗ (Головна Судово-медична Інспектура й Центральне Бюро судово-медичної експертизи.
2. 4 краєві судово-медичної лябораторії.
3. 40 округових судово-медичних інспектур з мережою районових і міських судових лікарів-експертів (судових медиків).
4. Округові кабінети судово-медичної експертизи (для освідування живих осіб).
5. Судово-медичні трупарні.

V. Недоліки теперішнього судово-медичного апарату є такі:

1. Відсутність Центрального Судово-медичного Інституту НКОЗ, що був би за керуючий методологічний науковий центр.
2. Відсутність в більшості округ правильно організованих кабінетів судово-медичної експертизи.
3. Незадовільне технічне встаткування трупарень.
4. Недостатня кількість мережі судових лікарів-спеціялістів.
5. Відсутність в штаті судово-медичної організації технічних помічників при судових лікарях.
6. Недостатність асигнувань, що їх відпускають на оперативні видатки судової медицини.

VI. Вищенаведені недоліки призводять до того, що, виконуючи переважну масу судово-медичних досліджень, спеціяльний судово-медичний апарат НКОЗУ (вищенаведені його установи) не має змоги виконати всі вимоги на судово-медичну експертизу. Це примушує притягати до виконання судово-медичних експертиз (на периферії округ) лікарів майже всіх установ охорони здоров'я, насамперед та особливо дільничних лікарів. Участь у виконанні судово-медичної експертизи лікарів, що не мають для цього спеціяльної підготовки („випадкові експерти") відриває лікарів від їхніх безпосередніх і часто невідкладних обов'язків — подавати лікувальну допомогу населенню, в той же час не задовольняє в достатній мірі органів суду та слідства щодо якости експертизи.

VII. Зважаючи на вищенаведений стан судово-медичної організації, а також на недостатню якість та обмеженість її діяльности в п'ятирічному пляні (за держбюджетом) передбачити таке:

1. Утворити Центральний судово-медичний інститут.
2. Організувати кабінети судово-медичної експертизи по округових центрах.
3. Ще далі розвантажувати участкову медично-санітарну організацію від судово-медичної роботи, збільшуючи кількість судових лікарів-спеціялістів, щоб досягти відповідної норми: один судовий лікар на 100 тисяч міського населення і один на 2 — 3 райони сільського населення.
4. Раціоналізувати роботу судових медиків, збільшуючи інститут технічних помічників, через постачання транспорту і т. інш. і
5. Поліпшити матеріяльно-побутовий стан судових лікарів.

VIII. Виходячи з вищенаведених уставлень, запроєктовано в пляні на п'ятиріччя (держбюджет) таке:

10 судово-медичних лябораторій, 40 кабінетів судово-медичної експертизи, 185 судових медиків, 60 помічників судових медиків. Утримання цієї медичної організації за держбюджетом у 1932-33 році становить 846 тисяч карбованців.

Видатки на судово-медичний інститут, як на центр, що об'єднує та керує, запроектовані на кінець п'ятиріччя капітальним будівництвом в 300 тис. крб., причому встановлюється організаційний зв'язок між судово-медичним інститутом Наркомздоров'я, Центральним моргом і крематорієм, що в деякій частині зменшить витрати на будівництво судово-медичного інституту.

IX. Вищезазначене зміцнення судово-медичної організації треба здійснити коштами держбюджету, оскільки судово-медична організація обслуговує загально-державні потреби. Поруч цього, щоб правильно розвинути та оперативно виконати судово-медичні роботи на місцях,— конче потрібно асигнувати кошти місцевого бюджету на встаткування та утримання судово-медичних установ суто місцевого значіння (суд. мед. трупарні, морги) на пристосування існуючих лікарняних трупарень для потреб судових досліджень: (довстаткування, ремонт, упорядкування, опалення й постачання їм потрібного інвентаря).

Отже місцеві органи охорони здоров'я, складаючи п'ятирічні пляни за місцевим бюджетом, повинні передбачити відповідні асигнування.

X. За один з основних засобів підвищення якости й повноцінности роботи судових лікарів по округових центрах — править цільна ув'язка її з роботою прозектур округових лікарень (по дослідженню трупів) та інш. лікувально-профілактичних установ (експертиза живих людей) і лябораторій (дослідження речових доказів.

Відсутність по багатьох округових центральних лікарнях добре організованих прозектур надто гальмує правильний розвиток судово-медичної справи по округах, через що треба звернути пильну увагу на розвинення прозектур всіх округ.

65. ТЕЗИ ПРО ЧЕРГОВІ ЗАВДАННЯ САНІТАРНОЇ СТАТИСТИКИ в ЗВ'ЯЗКУ З СОЦІЯЛІСТИЧНИМ БУДІВНИЦТВОМ.

(Доп. тов. *Томілін С. А.*).

1. До останнього часу робота санітарно-статистичного апарату органів охорони здоров'я полягала, головним чином, у виконанні таких завдань: 1) постачати всій медично-санітарній мережі уніфіковані форми відчитности; 2) складати загально-республіканський і окружні звіти про діяльність органів охорони здоров'я; 3) збирати й оголошувати періодичні бюлетені про поширення заразливих захворувань; 4) облік всієї медично-санітарної мережі; 5) опрацьовування окремих санітарно-статистичних матеріялів так загально-республіканського, як і місцевого значіння.

2. Період розгортування й зміцнення соціялістичного господарства в республиці висуває перед статистичним апаратом республіки низку нових надзвичайно відповідальних завдань, а саме;

а) збирати й опрацьовувати матеріяли, що характеризують постановку якісного й кількісного обслуговування медично-санітарною допомогою пролетарських груп населення, зокрема промислового пролетаріяту й соціялістичного сектору сільського господарства;

б) збирати й опрацьовувати матеріяли, що характеризують санітарний стан, недужність, травматизм і смертність серед промислового пролетаріяту й в соціялістичному секторі сільського господарства;

в) облік реалізації окружних і загально-республіканських плянів п'ятирічки будівництва охорони здоров'я.

3. Такі складні й різноманітні завдання санітарно-статистичного характеру можна виконати лише за умов, коли їх буде поділено й координовано між усіма науково-практичними організаціями, що беруть участь тепер у санітарно-статистичному вивченні так самого народнього колективу, як і його оточення. Ці організації можна поділити на три основні групи: органи державної статистики, органи відомчої статистики й науково-дослідчі інститути Наркомздоров'я.

4. Тепер всяке відокремлення державної санітарної статистики від відомчої було б штучним актом, бо й державна і відомча статистика однаково служать інтересам всієї республіки в цілому.

Отже, розмежування їхньої роботи повинно ґрунтуватися на міркуваннях утилітарно-практичного характеру і на засадах погодження щодо кожної роботи зокрема.

5. Висувати черги тих чи інших робіт санітарно-дослідчого характеру і розподіляти їх по окремих науково-дослідчих інститутах — завдання пляннового відділу НКЗ.

6. У всі форми медичної звітности а в статистичні медичні формуляри треба внести ознаки соціяльно-клясового характеру для відповідного опрацьовування їх далі.

7. Треба встановити одноманітні типи формулярів санітарних журналів у всій полі-клінічній мережі. а також приступити до введення селищно-посімейних формулярів для реєстрації захворувальности в соціялістичному секторі сільського господарства.

8. Зважаючи на потребу встановити контролю над виконанням санітарно-статистичної звітности. збудованої в соціялістично-клясовому розрізі, і з огляду на низку інших завдань, покладених на периферійний статистичний апарат, треба в окружних інспектурах охорони здоров'я піднести кваліфікацію санітарних статистиків, посилити їхні штати й поліпшити оплату їхньої праці.

66. ПРО ЗМІЦНЕННЯ ФІНАНСОВОЇ БАЗИ ВИДАВНИЦТВА „НАУКОВА ДУМКА“

(інформація т. Нагорного В. В.)

Нарада ухвалила пропозицію щодо збільшення основного потребу видавництва „Наукова Думка“ на 140.000 крб. Ці гроші треба зібрати протягом найближчих двох місяців через записування окздоровінспектур на паї видавництва.

III. ОБ'ЯВИ ПРО КОНКУРСИ

Наркомздоров'я оголошує конкурс на заміщення таких посад при Українському Державному Клінічному Інституті Ортопедії та Травматології.

3 ординаторів.

Вимоги: 1) Не менш, як 2 роки спеціяльн. ортопедичн. стажу.
2) Знання не менш, як одної чужоземної мови.
3) Бажано наукової праці.

Зарплатня 135 крб. на місяць.

1 асистента, Зав. стоматологічного відділу.

Вимоги: 1) Спеціяльний стаж в галузі щелепово—лицевої хірургії не менш, як 3 роки.
2) Знання не менш, як одної чужоземної мови.
3) Наявність наукових праць.

Зарплатня 162 крб. на місяць.

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, мають подавати заяву з відповідними документами до Орг. Інстр. відділу НКЗдоров'я.

Останній термін подачі заяв—29 березня 1930 р.

Адреса: Буд. Держпром. 6 під'їзд 3 поверх НКЗдоров'я.

1. Наукового керівника по медичній частині при Всеукраїнському Інституті Охмадит в м. Харкові (він же заступник директора Інституту).

Вимоги: Клінічний стаж Наукові праці в области охорони материнства та дитинства.

Умови за згодою. Кватиря надається.

2. Голов. лікаря Полтавської психіятричної лікарні.

Вимоги: Клінічний стаж по психіятрії не менш за 5 років. Адміністративний стаж.

Умови за згодою. Кватиря надається.

3. Голов. лікаря Вінницької психіятричної лікарні.

Вимоги: Клінічний стаж з психіятрії не менш 5 років, адміністративний стаж.

Умови за згодою. Кватиря надається.

Особи що бажають взяти участь у конкурсі, подають заяви з відповідними документами до Наркомздоров'я.

Останній термін подачі заяв—29 березня 1930 року.

Адреса: Харків, Будинок Держпромисловости 6 під'їзд, 3 поверх.

Оголошується конкурс на заміщення таких посад при Київському Краєвому Інституті Патології та Гігієни Праці:

1. Одного асистента—гігієніста.
 Вимагається відповідний стаж не менш за 3 роки.
 Утримання 135 крб. на місяць.
2. Двох лікарів-обслідувачів для роботи по колгоспах.
 Вимагається загально-медичний стаж не менш за 3 роки та профілактичний ухил
 Утримання 120 крб. на місяць.
3. Лікаря—терапевта до Кагарлицької станції інституту.
 Відповідний стаж не менш за 3 роки.
 Утримання 120 крб. на місяць.
4. Двох лікарів психотехників до відділу профвідбору інституту.
 Утримання 120 крб.
5. Одного лікаря з антропометрії.
 Утримання 120 крб.

Робота переводиться в Ін-ті та на периферії. Від усіх робітників вимагається знання укрмови.

Особи які бажають взяти участь у конкурсі, мають подавати заяви з відповідними копіями документів до орг. інстр. відділу Наркомздоров'я.

Останній термін подачі заяв 29 березня 1930 р.

Адреса: Харків, Будинок Держпрому. 6 під'їзд, 3 поверх. Наркомздоров'я.

Відповідальний редактор **С. І. Канторович.**

ПРО КУРОРТ „СОСНІВКА“ **ПРО КУРОРТ „СОСНІВКА“**

За постановою центральних урядових органів поселення

„СОСНІВКА”

дякуючи сприятливим біокліматичним умовам визнано за курорт

Керівництво курортом „Соснівка“ передано Шевченківській Округовій Інспектурі охорони здоров'я

КУРОРТНА УПРАВА СОСНІВКИ ПОВІДОМЛЯЄ, ЩО В КУРОРТНИЙ СЕЗОН БУДЕ ВІДЧИНЕНО:

СЕЛЯНСЬКИЙ ТУБСАНАТОРІЙ
з ортопедичним відділом.

ДИТЯЧИЙ САНАТОРІЙ
з ортопедичним відділом.

ГОСПРОЗРАХУНКОВУ ПОЛІКЛІНІКУ
по всіх фахах.

АПТЕКУ, ГОТЕЛЬ, ДИТ. ДОМ, ЯСЛА, тощо.

КРІМ ЦЬОГО, КУРОРТНА УПРАВА ЗДАВАТИМЕ В ОРЕНДУ ДАЧНІ ПРИМІЩЕННЯ УСТАНОВАМ ТА ПРИВАТНИМ ОСОБАМ.

Адреса:

м. Черкаси, Курортна Управа Соснівки, II лінія, дача Ч. 60

„Харполіграф“, Третя Друк. ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 979. Прим. 2.500

У.К.П.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка". Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 6-7 | 1 квітня 1930 року | № 6-7

Державна Центр. Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

Виправлення друкарської помилки

У бюлетені ч. 3 цього року на сторінці 29-й, рядок 4-й зверху надруковано, що резолюцію ВУРПС затверджено на засіданні Президії **30/III-1929 р.**
Треба: 30/XII-1929 року.

З М І С Т

I. Розпорядження Наркомздоров'я. Організаційна частина. 67. У справі запровадження та дальшого розвинення соцзмагання. 68. Про дальше розвинення переходу на безперервний виробничий тиждень. 69. Про одноначальність по медсанустановах. 70. Про контрактацію студентів (додано типовий договір). 71. Про призначення, переміщення та звільнення відповідальних робітників і про висування робітників на відповідальні посади. 72. У справі пенсійного забезпечення медичних робітників. 73. Про атестування медичного та адміністративного складу установ і закладів, що підлягають НКОЗУ. (Додано інструкцію). 74. Про заочні курси перекваліфікації зублікарів (додано положення про курси). 75. Про взаємовідносини з УЧХ. 76. Про платну меддопомогу деяким групам населення. 77. Положення про організаційно-інструкторський відділ НКОЗ. Санітарно-епідемічна частина: 78. Про посилення роботи ОЗІ в галузі житлової санітарії. 79. Про посилення роботи окрнадзвичайних комісій. 80. Про роботу інфекційних відділків і дезкамер. 81. Про технічні умови нового будівництва шкіл і лікарень. (Додано технічні умови). 82. Правила про припустиму найбільшу кількість олива в посуді. Охматдит 83. Про запровадження дитячої оздоровної кампанії 1930 року.

II. Із діяльности Наркомздоров'я та його відділів.. 1. Роботу НКОЗУ скеровується на виконання постанов ЦК ВКП(б) з 18-XII-29 р. 2. Питання медосвіти. 3. Про будування інституту охматдит в Харкові. 4. Про передачу органам НКО обслуговування дітей віком більше 4 років. 5. Про Наукову Медичну Раду. 6. П'ятирічний плян розвитку роботи УЧХ. 7. Про утворення центральної науково-книжкової бази. 8. Про роботу курсів адміністраторів-висуванців. 9. Резолюція на доповідь про саносвіту в одеській окрузі.

III. Об'яви. 1. Спис лікарів, що не виконали своїх зобов'язань перед радянською державою. 2. Спис лікарів, що їх розшукує НКОЗ РСФРР. 3. Спис осіб, що не мають лікарської підготовки (самозванців), 4. Про конкурси. 5. Подяка Харківському ортопедичному інститутові від хорих робітників і селян. 6. Привітання НКОЗ.

IV. Інфекційні захорування по округах УСРР за січень 1930 р.

IV-а. Інфекційні захорування по окрмістах УСРР за січень 1930 р.

І. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я

67. У СПРАВІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТА ДАЛЬШОГО РОЗВИНЕННЯ СОЦЗМАГАННЯ До всіх окрздоровінспектур, до всіх медсанупрів, до всіх філій спілки Медсантруд, копія до Н К О З АМСРР До Зинов'ївського и Виницького ОВК.

Перші матеріяли про хід і розгортання соціялістичного змагання тепер підсумовано. Висновки, що їх склали з одного боку ВУК спілки, а з другого НКОЗ УСРР, загалом збігаються й малюють далеко не задовільний стан, хоч на окремих ділянках так самої роботи медустанов, як і ставлення медробітників до соцзмагання є певні досягнення.

Безперечним є те, що в багатьох місцях, де приділили справі соцзмагання потрібну увагу, воно дійсно набуло конкретних форм і змісту й дало гарні наслідки. Сумлінне ставлення медсанробітників призвело до помітних досягнень, які, дякуючи увазі місцевих робітників, мають цифровий доказ.

П р и к л а д и: а) Бердичівська окр. сан. бак. станція зробила протягом I півріччя 1929 р. — 290 дослідів, а другого — 548. Наслідки дослідів видається зацікавленим особам на другий день, іноді того самого дня.

б) У Бердичівському вендиспансері збільшено на 40 % кількість профілактичних оглядів (тільки протягом одного місяця).

в) У Лубенських аптеках пересічний час виготовлення ліків зменшено в 2 — 3 години до 1 — $1^1/_2$ год.

г) У Кривому Розі, Сталіні, Лубнах, Проскурові Бердичіві, Харкові та інш. в багатьох установ констатовано значне піднесення трудової дисципліни. (Одна з Бердичівських рад. лікарень зменшила відсоток доган і зауважень за порушення службової дисципліни з 11 — 12 до 3% всього персоналу).

До моментів позитивного чину треба віднести, що взагалі є вдалий підбір сторін для змагання в розумінні більш — менш однакових функцій, маштабу роботи, матеріяльних, господарчих і людських ресурсів тощо.

Проте, за всіх цих позитивних моментів Всеукраїнська нарада в справах охорони здоров'я, що відбулася в Харкові в січні цього року, на доповідь ВУК'у спілки конкретно відзначила, що соцзмагання в чималій частині лікустанов не набуло потрібного розвитку.

За головні причини тут правлять з одного боку кволе керівництво профспілкових органів, а з другого — цілком недостатнє, іноді й просто бюрократичне ставлення керівників лікустанов і здороввідділів.

Матеріяли, що їх досі зібрано щодо згаданих недоліків, доводять таке:

1. Профспілкові організації, провівши чималу підготовну роботу щодо первісного притягування уваги членської маси, не спромоглися продовжити й зміцнити те перше поривання, скероване на поглиблення роботи поряд розширення самого маштабу її. Недосить зроблено також і щодо надання соцзмаганню постійно масового характеру (а не тільки в початковій його фазі).

2. Дійсного зв'язку з широкими робітничими масами немає, так само не розгорнено, як слід, критики й самокритики, не усунено досі хибного погляду — ніби для соцзмагання в лікустановах немає потрібної бази. Такий погляд панує й серед адміністраторів установ. Наслідком цього є те, що в установах (напр. по МСУ Південних) ставлення до соцзмагання зовсім кволе.

3. У багатьох місцях помічено, що склавши певні умови, місцеві організації дуже мало подбали про змістовність зобов'язань про належну конкретизації їх. Ось чому ми стикаемось із такими явищами, як змішування звичайних моментів оперативного пляну із підвищеними вимогами, що треба ставити до обставин соцзмагання.

Приклади: Ізюмська, Шепетівська, Куп'янська, Проскурівська ОЗІ включили до умов змагання „скликати певну кількість нарад".

4. Чимало угод досі не оформлено, інші містять у собі загальні пункти, що зовсім не визначають, якими засобами здійснюватиметься те або інше зобов'язання („боротися з приватною практикою", „поліпшити обслуговання відвідувачів" тощо),

5. Складені умови дуже мало відбили в собі моменти напрямку теперішньої роботи щодо обслуговання трудящих, зокрема щодо диференціювання їх (щодо першочергового обслуговування індустріяльних робітників і працьовників соц. сектора на селі).

В умовах надто мало відбилися пункти, пристосовані до вимог та особливостей виробництва. Зовсім недосить висвітлено моменти профілактизації й диспансеризації. Отже, загалом, політичних моментів роботи якщо не зважати на відомі передмови до урочистих договорів тощо) бракує.

6. Зовсім негаразд стоїть справа обліку того, як проходит соцзмагання, яких досягнено успіхів, (а таких безперечно є чимало), а на явний облік, що подекуди є, має невелику якість, бо висновки містять у собі загальні моменти, часто без будь-якої цифрової ілюстрації.

Отже, всі зазначені недоліки впливають серйозно в бік кволого розгортання соцзмагання, гальмуючи насамперед, те, що в соцзмаганні включено моменти сполучення революційного ентузіязму з свідомими самовідданими інтересам соціялістичного будівництва, впертим бажанням посунути вперед справу нашого виробництва — медично-санітарного обслугования та оздоровлення трудящих.

Дальша робота повинна йти через виправлення помилок і недоліків, що відмітила Всеукраїнська нарада в справах охорони здоров'я, а саме:

а) Соцзмагання мусить супроводитись і містити в собі моменти раціоналізації роботи наших установ, що в місті й на селі.

б) Треба частіше так по лінії адміністративній, як і спілковій, стежити за тим, як розгортається соцзмагання, урахувати його успіхи й неуспіхи, переносячи позитивний досвід одної установи до другої, прищеплюючи практику одного місця в другому.

в) Особливої уваги варті заходи щодо пристосування роботи медсанустанов до виробничих вимог теперішнього часу — переходу на безперервний виробничий тиждень, посиленої роботи на виконання промфінпляну, а на селі — до величезного зростання усуспільненого сектора сільского господарства.

г) Здійснюючи повнотою директиви одноначальности, треба, проте прагнути того, щоб соцзмагання не втрачувало своєї основи — бути чинником самодіяльного прагнення мас робітників і службовців до швидкого виправлення недоліків роботи й дальшого піднесення рівня роботи та медсанобслуговування.

д) У такому разі на перший плян стає справа усвідомлення масою медсанробітників завдань охорони здоров'я, основ радянської здоровоохорони в реконструктивний період. Вкорінювати в цю роботу потрібний їй політичний зміст — обов'язок усіх органів здравоохорони та організацій спілки Медсантруд.

Так першим, як і другим треба широко популяризувати п'ятирічний плян охорони здоров'я, використовуючи для цього всі засоби культ-освітнього чину — клюби, червоні кутки, лекції, доповіді, виставки тощо.

Треба негайно розпочати реалізацію постанов Всеукраїнської наради охорони здоров'я, здійснюючи радіофікацію сільских установ охорони здоровь'я.

е) Усій роботі розгорнення соцзмагання надати постійний конкретний характер, включаючи в змагання моменти удосконалення всіх ділянок роботи, піднесення її рівня, стосовно до вимог трудящих, відокремлюючи для першочергового обслуговання групи промислового пролетаріяту й соц. сектора сільского господарства.

Нарешті, невід'ємною частиною роботи мусить бути невпинне піднесення кваліфікації робітників мед. сан установ, для чого треба використовувати всі можливості щодо організації різних курсів, семінарів, відряджень на удосконалення знань та інш.

Щоб забезпечити постійний облік роботи на місцях, НКЗдоров'я та ВУК Медсантруд пропонують подавати щомісяця докладні відомості про розвиток соцзмагання, висвітлюючи всі моменти так позитивного, як і негативного чину.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Голова ВУК МСТ *Затон.*

(Спільний інф. директ. лист НКОЗ'у та ВУК'у з 10 березня 1930 р. № 7/27).

68. ПРО ДАЛЬШЕ РОЗВИНЕННЯ ПЕРЕХОДУ НА БЕЗПЕРЕРВНИЙ ВИРОБНИЧИЙ ТИЖДЕНЬ

До всіх окрздоровінспектур та МСУ, до Зінов'ївського та Винницького ОВК'ів, до НКОЗ АМСРР.

Наркомздоров'я УСРР, виконуючи постанову Уряду, запропонував місцевим органам здоровоохорони розпочати пляново переводити медично-санітарні установи на безперервний виробничий тиждень, зазначивши досить конкретно порядок цього переходу, черговість тощо. Треба зазначити, що здебільша директиву зрозуміли правильно і тепер працюють за новим порядком більшість медсанустанов, що безпосередньо або переважно обслуговують робітників і службовців, цеб-то роботу в значній мірі пристосовано до умов виробництва.

Така реорганізація безперечно дає помітні наслідки, що їх передбачають і мали на меті постанови уряду, а саме швидче й гнучкіше надавати меддопомогу робітництву.

До позитивних моментів треба віднести також і те, що в багатьох медустановах збільшено перепускну здатність (подекуди вона трохи зменшилась, але за рахунок рівномірнішого розподілу навантаження на всі дні тижня), покращало ставлення до роботи з боку самих медробітників тощо.

Проте, цю найважливішу роботу запроваджено в більшості установ, але не по всіх тих, де це належало провести за умов виробництва або в інтересах працюючих, що їх обслуговує дана медично санітарна установа. Навіть останні відомості з декількох округ (Харківської, Дніпропетровської, Маріупільської тощо) доводять, що роботу не закінчено цілком.

Наприклад, у Дніпропетровськом , на середину лютого місяця ще не працювали безперервно перша робітнича поліклініка зо всіма її відділами, декілька ясел, 6 консультацій тощо. У м. Харкові дві поліклініки

мають перевести на безперервний тиждень тільки з 1 квітня ц. р. Також і в округах Донбасу не всі цілком установи перейшли на новий порядок роботи. Отже виходить, що певна кількість робітників і службовців досі позбавлена можливости користуватись в певні дні з послуг установ, що допомагають на випадок занедужання.

Далеко не всюди впорядковано питання щодо надання допомоги вдома.

Не все гаразд і в округах непромислових, де всеж таки розташовано чимало промислових підприємств. Тут ще місяць-півтора тому на запитання НКОЗ окрздоровінспектури відповідали, що мовляв, „питання про перехід на безперервний тиждень опрацьовується в держпляні" Бер)дичівська, Шепетівська, Прилуцька, Тульчинська, Гуманська та інш. І тут на кінець січня, крім апарату самої ОЗІ, було переведено на безперервний тиждень дуже мало установ. А тимчасом у низці інших округ, що загалом перебували в одинаковому із вищезазначеними округами стані, чимало було зроблено в справі переводу установ на безперервний тиждень (Кам'янецька, Старобільська округи, АМСРР та деяк інші).

Є чимало ОЗІ (Одеська, Київська), що спромоглися провести перехід на безперервне виробництво також в частині установ місцевого бюджету, звичайно, урахувавши контингент хворих, що їх обслуговують ці установи.

Наведені дані дають підставу переконатися в тім, що окрздоровінспектури, зробивши багато в справі переводу установ на безперервку, не використали всіх можливостей, що в них були.

Головне ж є те, що ОЗІ не виявили свого праґнення утворити з безперервного виробництва резервуар, що дасть змогу перевищити попередні рівні й заспокоювалися тільки на тім, що там або тут (отже не всюди) якість роботи не погіршала.

Ідею переходу на безперервний тиждень недосить популяризовано серед мас медсанробітників, через що з їхнього боку спостерігається ще байдуже ставлення до цієї найважливішої реформи, успішним запровадженням якої можна якнайліпше здійснити директиву провідних органів про додержування клясової лінії в медичній допомозі і пристосування роботи медсанустанов до умов виробництва.

Заперечування багатьох ОЗІ (якщо не всіх), що без запрошення додаткових робітників немає можливости перейти на безперервку, можна визнати за справедливі переважно для частини установ, де працює один тільки фахівець. Щож до решти установ, там, як це доводить досвід декількох округ, спромоглися через комбінований розклад прийомів, посилення навантаж-ння лікарів споріднених фахів, дійсне здовження робітничого дня тощо, здійснити перехід на безперервний тиждень.

Огульні посилання на брак коштів неможна визнати за обґрунтовані, бо не треба забувати й того, що цього року всім округам збільшено подушеві відрахування з фонду .меддопомоги застрахованим (по деяких округах, особливо індустріяльних, це збільшення становить 20-25%), а це мусить значно допомогти успішному переходу на безперервний тиждень.

Нарешті, розасигновані Наркомздоров'ям 200.000 карб. що відпустив Союзний РНК, теж сприяють цьому.

Наркомздоров'я звертає найсерйознішу увагу всіх окрздоровінспектур на потребу якнайскоріше закінчити перевід медсанустанов відповідно до директив уряду та вказівок НКОЗ (див. попередні обіжники) прон безперервний виробничий тиждень.

Роботі цій треба надати не механічний, а суто поглиблений характер поряд детального вивчення особливостей переходу й запровадження безперервного тижня, урахування хиб і досягнень, вишукування засобів виправлення.

Особливої уваги варті такі важливі моменти:

а) Запроваджувати заходи раціоналізації роботи, бо остання за нових умов безперечно висуває силу потреб і можливостей удосконалити чимало процесів роботи.

б) Здешевлювати роботу, усуваючи позачергову працю, заощаджуючи кошти на зайве виписування ліків, адмін. витрати тощо.

в) Популяризувати ідею безперервного виробництва серед мас медсанробітників, притягнувши до цього найпільнішу увагу спілкових організацій, використовуючи їхній досвід й авторитет.

Нарешті, Наркомздоров'я категорично вимагає, щоб надалі не повторювалися такі випадки, як спізніле подання відомостей про стан роботи, про зроблену роботу.

Неможна далі терпіти, щоб на термінову вимогу НКОЗ потрібні відомості подавали тільки 18-20 ОЗІ, а до решти, щоб удаватися із телеграфними вимогами. Цього треба уникнути раз на завжди.

НКОЗ чекає не пізніш 30 березня на остаточні відомості про перевід медсанустанов на безперервний тиждень, про гальма в роботі, досягнення, ставлення місцевих органів тощо.

Наркомздоров'я *Канторович*

Зав. орг. інстр. відділу *Кушнір.*

(Обіжне розп. НКОЗ'у ч. 7-7 8 березня 1930 р.)

ПРО ОДНОНАЧАЛЬНІСТЬ ПО МЕДСАНУСТАНОВАХ.

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів, НКОЗ АМСРР, МСУ Дніпрельстану, окрфілій Медсантруд, Зинов'ївського та Вінницького ОВК, до інститутів НКОЗ.

Здійснення п'ятирічного пляну народнього господарства, індустріялізація країни, соціялістична реконструкція сільського господарства вимагає великого напруження сил всіх трудящих, вимагає чіткого виконання всіма державними установами та підприємствами покладених на них завдань. Тут саме виникає потреба встановити таку систему керування установами, що зосереджувала б всю повноту влади та відповідальности за постановку справи в установі в одному завідувачеві або директорові.

У зв'язку з реконструкцією народнього господарства перед органами охорони здоров'я становляться найважливіші завдання зберігти живі продукційні сили республіки. Отже, здійснення чіткої клясової лінії в галузі охорони здоров'я, рішуче поліпшення медсанобслуговування індустріяльних груп робітників та соцсектора сільського господарства вимагає поширення на медсанустанови тих метод керівництва, що їх вживають у промисловості, тобто одноначальности, відповідно до директив партії.

Не зважаючи на те, що за існуючим положенням, що його видав НКОЗ спільно з ВУК МСТ ще в січні 1928 р. (обіжн. НКОЗ № 9-10 1-І 1928 р.), завідувач установи є одноособовий керівник установи, що цілком відповідає за всю установу, фактично ці керівники установ обмежені в певних галузях своєї роботи втручанням вищих органів в поточні внутрішні справи установи (розпорядження кредитами, призначення серед-

нього персоналу). Часто спостерігаються випадки втручання профспілкової організації (профуповноваженого, місцевкому, групкому, правління спілки) в суто адміністративні та оперативні розпорядження. Спостерігаються явища, як передання адміністрацією на розгляд профспілкового осередку питань адміністративного характеру, що з'ясовується небажанням завідувача установи брати на себе відповідальність за ті або інші дії. Іноді місцевком покриває випадки недбайливости прогульників, заперечує покладенню адміністративних кар, сприяючи тим самим ламанню трудової дисципліни.

Оскільки наслідком всіх зазначених явищ є брак чіткого керівництва та адміністрування, безвідповідальність адміністрації, через що кінець-кінцем погіршується медсанобслуговування, — Наркомздоров'я, за погодженням з ВУК МСТ відповідно до постанов ЦК ВКП(б) „про заходи до впорядкування управління виробництва та встановлення одноначальности“ пропонує:

1. Органам охорони здоров'я припинити втручання в оперативну діяльність медсанустанов, надавши фактично завідувачам установ усі ті права, що їх передбачає положення про права завідувачів установ. Органи охорони здоров'я повинні залишити за собою функції плянування, загального керівництва та контролі діяльности установ.

2. Завідувачі установ повинні одноособово розв'язувати всі питання, що підлягають їхній компетенції, причому ці питання вони не мають права передавати, так органам охорони здоров'я, як і профспілковим організаціям.

Зокрема треба повністю здійснювати право зав. установи на розпорядження кредитами, призначення, переміщення та звільнення всього медичного та адміністративно-господарчого персоналу, а також накладання адміністративних кар на співробітника.

Щодо підбору лікарів, головному лікареві або зав. установи надається право приймати на роботу, з наступним затвердженням органів охорони здоров'я лікарів на всі лікарські посади, крім посади завідувачів відділків.

3. Не припускати втручання профспілкових організацій у справі безпосереднього керування та адміністрування установою. В разі незгоди з розпорядженням завідувача — профспілкова організація (профуповноважений, місцевком, групком) може апелювати до вищих профспілкових або господарчих органів, але це оскарження не припиняє запровадження в життя розпоряджень завідувача.

4. Надати право завідувачам відділків великих медустанов самостійно використовувати суми на адміністративно-господарчі потреби в межах кошторисів відділку, а також право безпосередньої участи в підборі робітників для установи.

5. Завідувачам установ рішуче провадити тверду лінію на піднесення трудової дисципліни, додержання правил внутрішнього розпорядку, ліквідації нехлюйства та недбайливого ставлення до своїх обов'язків, не спиняючись перед звільненням посад „не зважаючи на осіб“.

У цій справі профспілкові організації повинні всебічно підтримувати адміністрацію.

6. Профспілкові осередки повинні брати активну участь у налагодженні роботи медсанустанови, сприяти адміністрації в її роботі, не протиставлюючи інтересів адміністрації інтересам профспілки.

Профспілкові організації, захищаючи культурно-побутові та економічні потреби співробітників, повинні бути разом організаторами вироб-

ничої активности співробітників, розгортаючи соціялістичне змагання, сприяючи самокритиці та зміцнюючи трудову дисципліну. Відповідно до цього треба максимально активізувати роботу виробничих нарад для обговорення пляну робіт, виконання пляну, кошторисів тощо.

Постанови виробничих нарад, що з ними згодився зав. установи, треба провадити негайно в життя.

7. Переведення в життя одноначальности вимагає того, щоб на чолі установи був авторитетний адміністратор, що одно-особово спромігся б керувати установою, додержуючи правильні взаємовідносини з профспілковими органами. Отже треба надзвичайно уважно ставитися до справи підбору завідувачів установ, вживаючи воднораз практики висування робітників на посади завідувачів установ, додержуючись вказівок Наркомздоров'я та ВУК МСТ щодо висування.

Наркомздоров'я та ВУК МСТ пропонують всім органам охорони здоров'я та профспілковим організаціям МСТ негайно перевести в життя вищенаведену директиву, широко обговорити питання одноначальности, а також корективи, що їх треба зробити до існуючих положень про права та обов'язки завідувача установи та інших категорій медробітників (бюл. НКОЗ 1928 р.).

Обговорення треба провадити в комісіях органів охорони здоров'я за участю профспілки, на профспілковому активі, загальних зборах тощо.

Про всі зауваження та додатки до існуючих положень треба сповістити орг. інстр. відділ НКОЗ до першого квітня ц. р.

Наркомздоров'я *Канторович.* Голова ВУК МСТ *Затон.*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-2 з 11 березня 1930 р.).

70. ПРО КОНТРАКТАЦІЮ СТУДЕНТІВ

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів, до НКОЗ АМСРР.

Копія: ВУК МСТруд, НКПраці, НКОсвіти.

Плянове вкомплектування фахівцями медично-санітарної мережі в значній мірі залежить від завчасної плянової підготовки цих фахівців на підставі виявлених потреб округ.

Однією з найважливіших метод плянового комплектування округ медперсоналом зокрема тих округ, де завжди почувається брак у медперсоналі є контрактація студентів мед. та фармвузів, а також учнів мед. профшкіл, тобто складання угоди поміж органами охорони здоров'я та окремими студентами та учнями медпрофшкіл. Згідно з цими угодами органи охорони здоров'я виплачують студенту та учню,підчас навчання певне утримання, а законтрактований після закінчення ВУЗ'у зобов'язується служити в тій окрузі, що його законтрактувала.

Контрактацію треба провадити на таких підставах:

1. Контрактувати треба в мед. ВИШ'ах студентів 5 курсу в фарм. технікумах студентів 2—3 курсів, в медпрофшколах—3 курсу.

2. У першу чергу треба контрактувати студентів та учнів з робітників та селян, переважно стипендіятів.

3. Окрздоровінспектури та МСУ, що бажають законтрактувати студентів або учнів, повинні звернутися безпосередньо до відповідного учбового закладу з проханням виділити через медпрофшколи осіб, що бажають за-

контрактуватуся за даною округою. Студентів та учнів для контрактації виділяє відповідна комісія в складі представників правління (або зав. школою), осередку та окрздоровінспектури. Копія вимоги на контрактацію надсилається до НКОЗ який подав загальну заявку до НКПраці.

Примітка: Контрактація провадиться через підписання тексту контракту в 2 примірниках за формою, що при цьому додається, один повертається до органу охорони здоров'я, а другий залишається в законтрактованого.

4. Законтрактованим особам органи охорони здоров'я, що їх контрактують, виплачують підчас навчання:

	На місяць
Студентам медикам 4 та 5 курсу, одонтологам,	
„ хем. фарм. інституту 4 курсу не менш . . .	80 крб.
„ фарматехнікумів 3 курсу	60 „
Учням мед. профшкіл	45 „

5. Органи охорони здоров'я мають право при контрактації встановлювати фах, за яким буде працювати в окрузі законтрактована особа і відповідно до цього давати певний напрямок учбовим заняттям законтрактованого, а також при контрактації обумовлювати певний термін закінчення ВУЗ'у або школи та проходження практики в даній окрузі.

6. Після закінчення учбового закладу законтрактованого при розподілі випуску обов'язково напрямляється в розпорядження відповідного органу охорони здоров'я, що виплачував студенту утримання для відслуговування терміну три річної служби, згідно з постановою ЦВК та РНК СРСР з 18 травня 1929 року.

7. У разі законтрактований до закінчення мед. ВУЗ'у відмовиться від контракту, він повинен повністю повернути гроші відповідному органу охорони здоров'я. Після закінчення ВУЗ'у або мед. профшколи, законтрактований не має права повертати гроші, а повинен відслуговувати.

Сповіщаючи про все вищенаведене, Наркомздоров'я звертає увагу округ на надзвичайну важливість справи контрактації й пропонує зокрема округам з дефіцитом персоналу, провести контрактацію, виходячи з потреб в медичному персоналі за п'ятирічним пляном. Насамперед треба законтрактувати лікарів для роботи в санітарно-профілактичній галузі та охматдиту, а також для роботи на участках.

Про кількість законтрактованих та заходи, що їх вжито на виконання цього розпорядження, сповістіть до квітня 1930 р.

Додаток — Зразок угоди до контрактації.

Наркомздоров'я *Канторович*

Зав. орг.-інстр. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НК'озу ч. 7-2 з 23 лютого 1930 р.

ТИПОВИЙ ДОГОВІР

на контрактацію студентів (учнів)

Прізвище ім'я й по батькові студента-стипендіята (учня медпрофшколи (в дальшому скорочено „студент", або стипендіят.
. .

Назва учбового закладу .
Адреса стипендіята за місцем перебування учбового закладу
Постійне місце перебування стипендіята

Назва та адреса органа охорони здоров'я . (в дальшому скорочено „Госпорган").
Дата підписання договору „ " 193 . . . року.

1) Окрздоровінспектура дає студентові (учневі) господарську стипендію з дня підписання договору до

2) Студент (учень) повинен закінчити курс навчання з фаху в (назва учбового закладу) не пізніше 193 . . року.

Підчас навчання студент (учень) зобов'язується своечасно складати іспити та інші роботи установлені учбовим пляном, а також від адміністрації учбового закладу.

3) Підчас користування з господарської стипендії студент (учень) не має права одержувати державої стипендії.

4) Після закінчення курсу стипендіятові надається відпустку протягом 2 тижнів зі збереженням стипендії.

5) Після закінчення курсу навчання та використання відпустки (п. 4) студент (учень) зобов'язується відробити стипендію в установах, підлеглих госпорганові за вказівкою останього.

Відробляють із розрахунку—1 рік роботи за рік користування з стипендії, але загалом не більше 4 років. Якщо строк користування з стипендії дає строк відробітку менший від 3 років, стипендіят зобов'язаний відробити 3 роки.

6) Підчас відробітку стипендії заробітну платню виплачується за обійманою посадою на загальних засадах.

7) Якщо стипендіят захорів підчас відробітку стипендії, час хвороби зараховується до строку відробітку.

Якщо неможна почати відробіток або продовжувати його з інш. незалежних від нього причин (військова служба, хвороба члена сім'ї тощо) — строк відробітку відповідно відтягається.

8) Якщо стипендіят не відробить стипендії (зовсім або частково) з будь-яких причин, госпорганові надається право стягти з нього невідроблену суму стипендії.

9) Якщо стипендіята неможна використати на підприємстві або установі з незалежних від нього причин (скорочення штатів, раціоналізація тощо) стипендію за час, що залишився, відробляють за тим же фахом за вказівками НКОЗ, додержуючись правил цього договору.

10) Взаємовідносини сторін, не передбачені цим договорам, регулюють постановою НКП СРСР з 21-го грудня 1929 року № 389, як контрактувати учнів учбових вищих закладів і технікумів.

11) Цей договір складено у 2 оригінальних примірниках, що з них один зберігається в госпоргані, а другий у стипендіята.

Підпис стипендіянта

Підпис представника госпоргану

71. ПРО ПРИЗНАЧЕННЯ, ПЕРЕМІЩЕННЯ ТА ЗВІЛЬНЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНИХ РОБІТНИКІВ І ПРО ВИСУВАННЯ РОБІТНИКІВ НА ВІДПОВІДАЛЬНІ ПОСАДИ.

До всіх завідувачів окрздоровінспектур та начальників Медсанупрів, до Винницького та Зінов'ївського ОВК, до НКЗ АМСРР.

(Додатково до обіжників з 13-X-29 р. № 51-5, з 16-XI-29 р. № 7-24, з 30-XII-29 р. № 51-5).

Протягом останнього часу спостерігається недосить уважне ставлення деяких ОЗІ до справи зміцнення керівничого складу робітників охорони здоров'я. По деяких округах звільняють з роботи без належної

підстави досвідних працьовників, інспекторів ОЗІ та головлікарів лікарень, що досить добре виявили себе, як гарні та добросовісні адміністратори.

Наркомздоров'я звертає вашу увагу на неприпустимість такого ставлення до підбору керівничого складу робітників охорони здоров'я. Цілком вірно, що в нашому апараті ще недосить робітничого прошарку й всім зав. ОЗІ слід звертати належну увагу на висунення робітників од підприємства до складу керівників охорони здоров'я, але цих робітників слід висувати на місце тих, що формально, а підчас і вороже ставляться до справи охорони здоров'я працюючих, і не звільняти з посади тих працьовників, які звикли до своєї праці, досить уважно ставляться до неї, яких ні в якому разі неможна зарахувати до непридатних елементів.

Отже Наркомздоров'я УСРР пропонує взяти все це до відома та не припускати надалі випадків усунення з роботи тих головлікарів, що як слід ставляться до доручених їм лікарень та добре працюють на користь охорони здоров'я працюючих. В разі висунення робітників або робітниць на посади завідувачів установ, для лікарів, що раніш обіймали ці посади та цілком себе виправдали на практичній роботі, органи охорони здоров'я повинні вжити рішучих заходів, щоб утворити надалі найсприятливіші умови роботи, прагнучи в міру потреби залишати їх, як заступників висуванців по медичній лінії, зберігаючи зарплатню.

Щодо призначення та звільнення інспекторів ОЗІ, Наркомздоров'я пропонує переводити це виключно за попереднім погодженням із Орг. Інстр. відділом НКОЗ і тільки в окремих, виключно темінових випадках переводити це без попереднього погодження з НКОЗ, але з обов'язковим наступним сповіщенням НКОЗ та повідомленням так про причини терміnової зміни колишнього, як і про особу знов призначеного інспектора.

Додаємо спис посад, які вважаємо за можливе заміщувати висуванцями: а) завід. полікліник, б) завід. ясел, в) завід. санаторій або будинку відпочинку, г) ззвід. будинку дитини або матері та дитини.

Наркомздоров'я *Канторович.*

Зав. орг. інстр. відділу *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 51-5 з 26 лютого 1930 р.).

72. В СПРАВІ ПЕНСІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИХ РОБІТНИКІВ.

До всіх окрздоровінспектур, до НКОЗ АМСРР, до Зинов'ївського та Винницького ОВК.

Наркомфінансів УСРР ще з початку листопада 1929 року запропонував усім фінорганам передбачити в місцевому бюджеті асигнування на пенсійне забезпечення сільських мед. робітників, які мають 25 річний стаж роботи на селі.

Листом з 8 січня ц. р. за № 62117-5 НКФінансів надіслав до всіх округ інструкцію НКП СРСР з 3 листопада 1929 р. № 348 про пристосування постанови ЦВК і РНК Союзу з 25 вересня 1929 р. „про пенсійне забезпечення медичних і ветеринарних робітників у сільських місцевостях і робітничих селищах, за вислугу років“.

Таким чином оплата пенсій з боку фінансових органів повинна бути забезпеченою повністю.

Одночасно, за відомостями НКФінансів, перешкодою в переведенні в життя постанови Союзного Уряду є те, що не всі окрздоровінспектури вживають належних заходів до виявлення осіб, які мають право на пенсію.

Таке ставлення до цього з боку ОЗІ є цілком неприпустиме і Наркомздоров'я категорично запропоновує вжити найрішучіших заходів до виявлення осіб, що мають право на пенсію, й до повного сприяння тому, щоб ці особи таку пенсію одержували.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч.*

Зав. фін.-кошт. відділу *Водкін.*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 12-25 з 20 лютого 1930 р.).

Погоджено: Голова ВУК'у Спілки МСТруд *Затон.*

73. ПРО АТЕСТУВАННЯ МЕДИЧНОГО ТА АДМІНІСТРАТИВНО-ГОСПОДАРЧОГО СКЛАДУ УСТАНОВ І ЗАКЛАДІВ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ НКЗДОРОВ'Ю ТА ПРО СЛУЖБОВЕ ПРОСУВАННЯ

До всіх окрздоровінспектур, МСУ, до НКОЗ АМСРР, до всіх наукових інститутів НКОЗ

Питання раціонального використовування наявних кадрів медробітників і забезпечення медично-санітарних установ твердим і повноцінним проводом набуває тепер надто важливого значення. За потрібну передумову для цього править наявність якісного обліку персонального складу медично-санітарних установ. Тимчасом цього обліку немає так у центрі, як і на місцях. Наслідком цього буває так, що призначення на ту або іншу посаду має суто випадковий характер. Вільні посади в значному проценті заповнюють неналежними кадрами. Водночас чимало досвідних і цінних робітників залишаються осторонь, бо їх не використовують.

Службове висування робітників здоровоохорони являє виняткові явища та має безсистемний характер. Це приводить до відсутности перспективи й стимулу до праці з боку більшости робітників здоровоохорони, особливо периферії. А тимчасом, якщо правильно поставити систему висування на вищу посаду, працю було б пожвавлено, а подруге в значній мірі було-б розв'язано завдання підготовки резервних кадрів відповідальних робітників. Відсутність резерву відповідальних робітників утворює тепер надто ненормальний стан: окрінспектури за випадкового або природнього вибування того або іншого відповідального робітника стають настільки безпорадними, що мусять звертатися за відповідними кандидатурами до Наркомздоров'я, а в його розпорядженні таких кандидатур немає й не може бути. Заміщувати ж відповідальні посади кандидатами з місцевих робітників, що добре себе зарекомендували, що добре знають умови роботи й стан здоровоохорони на місцях, є особливо бажаним і цінним.

Щоб усунути зазначені ненормальності, Наркомздоров'я пропонує:

1. Усім медично-санітарним установам, підлеглим НКОЗ (окрздоровінспектурам, секціям здоровоохорони, МСУ, лікарням, поліклінікам, санаторіям та інш.), вживати щороку атестування старшого медичного та адміністративно-господарчого персоналу, складаючи на кожного робітника атестацію згідно з додатком ф. 1.

2. На підставі цих атестацій скласти кандидатські списки осіб, що підлягають висуванню на різні посади.

3. На підставі детального вивчення роботи на місцях і даних атестацій виявити робітників адміністративно-господарчої лінії, що не відповідають своєму призначенню та замінити їх іншими, обов'язково з кандидатів на висування.

4. Надалі всі вільні посади, а також ті, що звільняються, заповнювати відповідними кандидатами з складу тих, що їх мають висунути, проводячи їх через конкурсові та добірні комісії.

5. Заміщення вакантних відповідальних посад в апараті окрінспектур провадити якомога кандидатами з місцевих робітників, погодивши попередньо ці призначення з НКОЗУ.

6. Із даних, що є в кандидатських списках, створити резервні кадри на різні посади.

7. Складаючи атестації, треба пильно керуватися оголошеною „інструкцією про порядок атестування медичного та адміністративно-господарчого складу установ та закладів, підлеглих народньому комісаріяту охорони здоров'я.

Наркомздров'я УСРР *Канторовіч.*

Зав. орг.-інстр. відд. *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗУ з 4-III 1930 року).

ІНСТРУКЦІЯ

Про порядок атестування медичного та адміністративно-господарчого складу установ і закладів, підлеглих Народньому Комісаріяту здоровоохорони.

Атестування медичного та адмін. госп. складу.

1. Атестація є основним засобом, щоб виявити службові якости робітника та головним чинником, що визначає можливість просувати робітника по службі.
2. Атестування провадять один раз на рік між 15 лютого й 15 квітня.
3. На виняткові випадки можна провадити дотермінову атестацію окремих осіб в разі виявлено нові факти, що не були відомі на момент атестування й що можуть ґрунтовно змінити висновки атестації.
4. Атестуванню підлягає ввесь старший адміністративно-господар. склад (завідувачі установ, їхні заступники, завгоспи, пом. завгоспів, бухгальтери та особи, рівні їм за посадою), старший медичний склад (лікарі, зублікарні фармацевти, незалежно від посади, на якій вони перебувають), що працюють в медично-санітарних установах і закладах, підлеглих Наркомздоров'ю.

Складання атестацій.

5. Атестації на ввесь медичний та адміністративно-господарчий персонал складає завідувач установи (ф. № 1).

Примітка. Атестацію на завідувача установи складає завідатель відповідної вищої інстанції, якій ця установа безпосередньо підлягає (наприклад, атестацію на райздоровінспектора, головлікаря окрлікарні або поліклініки складає окрінспектура охорони здоров'я; на головлікарів або завідувателів лікувально-санітарних установ окрміст і великих центрів—окрінспектор охорони здоров'я, або голова секції здоровоохорони; на інспекторів апарату окрінспектур охорони здоров'я — окр. інспектор; на директорів інститутів і завідителів лікувально-санітарних установ, що безпосередньо підлягають НКОЗ — Народній Комісар Здоровоохорони та інш.).

6. Атестацію на кожного робітника медичного або адміністративно-господарчого складу роблять один раз за станом його в даній посаді, а потім до цієї атестації щороку вносять лише потрібні зміни й доповнення, або роблять зауваження, що атестація не змінюється, про що повідомляють відповідну атестаційну комісію.

У разі стають зміни службового стану особи, що її атестують, зв'язані із змінюванням характеру та обсягу його роботи на робітника складають нову атестацію, обов'язково ураховуючи дані попередніх атестацій.

7. Завідатель установи має право атестувати підлеглого йому робітника тільки коли мине півроку спільної з ним служби, за умови, якщо підлеглий перебуває на посаді, в якій його атестують, неменшешости місяців.

Примітка: Дотермінову атестацію не обумовлюють терміном тривалости спільної служби.

8. Атестація не повинна мати анкетний характер; її треба складати вільним викладанням. Її треба як можливо, побудовувати на документальних даних, що характеризують особу, що її атестують (акти обслідування установ, що ними керує дана особа, думки безпосередніх начальників її, профорганізації, комуністичного осередку та інш.).

9. Кожна атестація повинна містити в собі коротку, але вичерпану характеристику особи, що її атестують, та висновок із неї (характеристики).

Характеристикою визначають атестованого в розумінні його особистих здібностей (воля, енергія, ініціятивність, поводження з підлеглими особами, дисциплінованість, ставлення до роботи, службовий такт і інш.); з боку службових даних (наявність належної підготовки й службово-практичного стажу, уміння пристосовувати на ділі набуту освіту й досвід, здатність для адміністративно-господарчої роботи й відповідність для роботи за фахом); в розумінні громадсько-політичної підготовки (ступінь політичної й професійної письменности, наявність активности в суспільсько-політичному житті Союзу та фактична робота, що її провадиться в цій галузі).

Нарешті характеристику особи, що її атестують, треба ув'язати зо всіма даними, щодо фактичного стану роботи, що нею вона керує.

З характеристики роблять висновок, що містить у собі про особу, що її атестують, таке:

а) в розумінні просування на вищу посаду, треба у висновку причому зазначити, на яку саме посаду треба цю особу просунути—на лікувальну, на наукову, адміністративну, господарчу, якого саме маштабу на інше;

б) відповідність посаді, що на ній перебуває дана особа;

в) зауваження щодо неповної відповідности даній посаді, із зазначенням, в чому саме полягає ця невідповідність;

г) невідповідність теперішній посаді, через що атестованого треба призначити на посаду меншого маштабу або роботу іншого характеру; чи підлягає дана особа звільненню з роботи з цих самих причин.

Розгляд атестації.

10. Усі атестації подають на розгляд і затвердження до відповідних атестаційних комісій, залежно від тих посад, що на них перебувають атестовані.

11. Атестаційні комісії на підставі детального вивчення поданих атестаційних матеріялів мусять з'ясувати, як відповідають атестації дійсні якості особи, а на підставі зрівнювання всіх даних атестацій, дати остаточний висновок.

12. Атестаційні комісії в разі потреби набувають право викликати осіб, що їх атестують, щоб останні давали пояснення.

13. Установлюється такі типи атестаційних комісій:

а) Районові атестаційні комісії в складі: голова—райздоров інспектур (на час його відсутности—головлікар райлікарні) і членів—представник райпарткому та голова МК або профуповноважений тієї установи, що її атестації розглядають. Районові атестаційні комісії розглядають і стверджують атестації на ввесь підлеглий згідно з цією інструкцією медичний та адм. господарчий персонал районових та сільських медсанустанов (зав. медподілів, ясел. лікарень тощо) району.

б) У містах атестаційні комісії утворюються при лікарнях, поліклініках, санаторіях та інш. мед, сан. установах. Ці комісії розглядають й стверджують атестації ввесь медичний та адм. госп. склад своєї установи, що його атестують на підставі цієї інструкції, крім зав. установ, що на них (завідателів) атестації розглядають і стверджують атестаційні комісії в відповідних вищих інстанціях, яким дані установи безпосередньо підлягають.

Склад цих комісій такий: голова—зав. установи та члени—голова МК та секретар осередку цієї установи.

Примітка: По великих мед. сан. установах та інститутах, що мають 2 й більше відділків, притягують до участи в атестаційних комісіях також зав. відділку, що подають свою думку про робітників відповідних відділків.

в) Окружні атестаційні комісії при окрінспектурах розглядають й стверджують атестації на ввесь лікарський та адм. госп. склад апарату окрінспектур, крім окрінспекторів та їхніх заступників), їхні атестації розглядає та стверджує центральна атестаційна комісія при НКОЗ), а також усіх завідателів установ, що їм безпосередньо підлягають (райздоровінспекторів, головлікарів лікарень, поліклінік тощо).

Склад комісій: голова—окрінспектор охорони здоров'я та члени—представник спілки МСТ і представник окрпарткому.

Примітка: У разі потреби окрінспекторові надається право притягти до участи в комісії того або іншого із своїх помічників (інспекторів).

г) Атестаційні комісії при міських секціях охорони здоров'я розглядають та стверджують атестації на ввесь лікарський та адм. госп. апарат секції, а також на всіх завідателів установ, що їм беспосередньо підлягають (головлікарі лікарень, поліклінік, ясел, санаторій тощо).

Склад комісій—голова—керівник секції (голова), члени—заст. голови секції здоровоохорони, представник фракції окрвідділу спілки МСТ.

д) Атестаційні комісії при медсанупрах розглядають й стверджують атестації на ввесь лікарський та адм. госп. склад МСУ, крім начальників МСУ. (Їхні атестації розглядає та стверджує вища атестаційна комісія при Наркомздоров'ї) і на завідувателів усіх мед. сан. установ, що їм безпосередньо підлягають.

Склад комісій: голова—Нач. МСУ, члени—представник спілки МСТ і представник партосередку МСУ.

Примітка I. Нач. МСУ надано право в разі потреби притягти до участи в комісії кого небудь з його помічників (Інспекторів).

Примітка II. Порядок атестування медичного та адм. госп. персоналу лік. установ, підлеглих МСУ, провадиться відповідно до п. „в" арт. 13 цієї інструкції.

е) атестаційні комісії при інститутах розглядають й стверджують атестації на ввесь лікарський (зав. відділків, асистентів, ординаторів, лябораторів тощо) та адм. госп. склад інститутів, крім директора та його заступника, що їхні атестації розглядає й стверджує відповідна вища інстанція якій безпосередньо підлягає інститут.

Склад комісії: голова—директор інститут, члени заст. директора і представник спілки МСТ, (можна притягувати зав. відділку).

Примітка: По великих інститутах, що мають 2 й більш відділків притягають до участи в атестаційних комісіях, також зав. відділків, що подають свою думку про робітників відповідних відділків.

ж) Центральна атестаційна комісія при Народньому Комісаріяті Охорони здоров'я розглядає й стверджує атестації на завідувателя та їх заступників, всіх установ, що безпосередньо підлягають Наркомздоров'ю (окрінспекторів, їхніх заступників, директорів інститутів, їхніх заступників тощо).

Склад комісії: голова—Народній комісар охорони здоров'я або його заступник; члени—зав. орг. інстр. відділу та представник ВУК МСТ.

14. Якщо виникне незгода у висновках між особами, що складають атестацію та атестаційною комісією, питання передається на остаточне розв'язання до відповідної вищої атестаційної комісії (із районової до окружної; із окружної—до вищої при НКОЗ). Ухвала останньої є остаточною.

15. Про остаточний висновок із атестації повідомляють листовно особу, що її атестовано, причому їй надано право оскаржити до дальшої вищої інстанції, ухвала якої є остаточною.

Примітка: Атестованому за бажанням його видають також копію атестації.

16. Оригінали стверджених атестацій сберігають при установі, де атестують даного робітника, при трудовому спискові.

17. На осіб, що їх мають в порядкові атестації висунути, складають кандидатські списки за ф. № 2), копії цих списків із доданими до них посвідченими копіями атестацій на кожного висуванця надсилають у відповідні вищі інстанції, що користують з права призначати на посади, зазначені в кандидатських списках (наприклад: кандидатські списки на посади головлікаря, лікарні, поліклініки, райздоровінспекторів, ст. ординаторів тощо, подаються до відповідних окрздоровінспектур. Кандидатські списки посад окружного маштабу подають до НКОЗ).

18. Конкурсові й добірні комісії, відбираючи та відряджуючи на работу лікарів, повинні давати перевагу кандидатам на висування, що подають установи.

Відрядження на роботу лікарів—не з кандидатів на висування припускаються тільки в разі відсутности серед останніх робітників, потрібної кваліфікації.

Зав. Орг.-інстр. відділу *Кушнір.*

74. ПРО ЗАОЧНІ КУРСИ ПЕРЕКВАЛІФІКАЦІЇ ЗУБНИХ ЛІКАРІВ-ОДОНТОЛОГІВ.

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів, до НКОЗ АМСРР. до Зінов'ївського та Вінницького окрвиконкомів

Для масової перекваліфікації зубних лікарів на лікарів-одонтологів, при Бюрі заочного навчання Наркомздоров'я організовано спеціяльні заочні курси, положення про які при цьому додається.

Окрздоровінспектури повинні оповістити всіх зубних лікарів округи (міста й периферії) так працюючих, як і безробітних і провести спеціяльну роз'яснюючу кампанію про потребу даної перекваліфікації. У містах, де є багато зубних лікарів, треба зі спілкою МСПраці й одонтологічних т-в скликати спеціяльні зібрання зубних лікарів для всебічного ознайомлення з положенням курсів, а зубних лікарів периферії треба ознайомити через індивідуальні розсилки для них положень про курси з відповідними роз'ясненнями.

Для обліку досвіда Наркомздоров'я передбачає провести перший рік набора на засадах добровільного вступу на курси, щоб потім зробити їх обов'язковими для всіх зубних лікарів, що є на службі.

Заяви з документами, анкетою та квитанцією про оплату першого внеску, відповідно до пункту II положення треба подавати на адресу—Харків, вул. 1 травня № 2, заочним одонтологічним курсам.

Гроші повинні переводити на поточний рахунок в агентстві Держбанку при будинкові Держпрому—заочним одонтологічним курсам Наркомздоров'я.

Додаток: форма анкети та положення курсів.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович.*

Зав Орг. Інстр. Відділу *Кушнір.*

Об розп. НКОЗУ № 7, з 5 березня 1930 р.

Погоджено: Голова ВУК МСТруд (Затон) Секретар Укрбюра Лісосекції ВУК МСТ (Абрамович)

ПОЛОЖЕННЯ

про заочні курси перекваліфілації зубних лікарів на лікарів одонтологів

1. Щоб дати змогу зубним лікарям підвищити свою кваліфікацію у межах знань, що їх вимагають од лікарів одонтологів, при „Бюрі заочного навчання НКЗ“ організуються спеціяльні курси для заочної перекваліфікації зубних лікарів.

2. На курси приймається всіх зубних лікарів, що мають відповідні свідоцтва про закінчення зуболікарських шкіл, причому насамперед зараховують зубних лікарів, що працюють у державних та громадських лікустановах України й безробітних зуб. лікарів, членів спілки МСТ і зареєстрованих на біржі праці.

3. Заняття на курсах відбуваються за спеціяльними лекціями та завданнями заочного навчання, що надсилаються курсантам, згідно із спеціяльно виробленим пляном і програмою, відповідно до встановлених для них термінів.

4. Навчальний плян та програми курсів затверджує НКО, погоджуючи з ВУК'ом МСТ та НКОЗ.

5. Навчання на курсах триває 18 навч. місяців, двома циклами виходячи з двогодинного навчання для слухача протягом п'ятиденки.

Примітка. а) Нерший цикл триває шість навчальних місяців, після чого слухачів прикріпляється до одного з медичних інститутів УСРР, де відбувають протягом 3 тижнів практичні заняття, відповідно до навчального пляну й програми курсів і складають опрацьовані предмети першого циклю.

б) Навчання другого циклю встановлено дванадцять місяців.

в) Підчас проходження предметів другого циклю, щоб опрацювати матеріял практично з клінічних дисциплін, слухачів прикріплюється до відповідної лікарні за їхнім місцеперебуванням, погодивши з відповідною ОЗІ; при цій лікарні слухачі курсів, за спеціяльним програмом, за керівництвом лікарів лікарні, спеціяльно для цього виділених, лікують і доглядають хорих, складають історію хвороби тощо. Порядок і характер цих занять регламентується спеціяльною інструкцією.

г) Після закінчення курсу другого циклю, слухачів знов прикріплюється до медичних інститутів, де вони протягом чотирьох тижнів відбувають практичні заняття зі спеціяльних предметів цього циклю й складають усі предмети другого циклю.

д) Порядок і характер складання предметів так першого, як другого циклю регламентується спеціяльною інструкцією, погодженою з ВУК'ом МСТ та НКОЗУ.

6. Щоб керувати всією реботою курсів, так навчального, як і організаційного, при курсах організується Правління в складі: 1) Зав. курсів, призначений НКОЗ, (погоджується з ВУК'ом МСТ—він же й голова правління), 2) представника ВУК'у МСТ, 3) представника слухачів Харківської групи та 4) двох представників, згідно з призначенням НКОЗ.

7. Щоб керувати всією методичною роботою курсів, при правлінні утворюється методком у складів всіх викладачів цього циклю, представника ВУК'у МСТ, представника Харківської групи слухачів та фахівців викладачів з призначення НКОЗ,

8. Зубні лікарі, що хочуть вступити до курсів, подають про це відповідну заяву до „Бюра заочного навчання НКОЗ“, додаючи анкету, за формою виробленою й затвердженою НКОЗ свідоцтво або копію про кваліфікацію зубного лікаря довідку про службу довідку про стаж і дві фотографічні картки.

9. Залічує на курси спеціяльна комісія у складі; Зав. курсів, представника НКОЗ (Голова) та представник ВУК'у МСТ.

10. Заліченних на курси зубних лікарів, що перебувають на службі, звільняється від службових обов'язків на час практичних занять, що їх вони відбувають у медичному інституті, причому зарплату зберігається за ними.

11. Залічені на курси вносять плату за навчання в такому розмірі: а) зубні лікарі члени спілки по 125 карб. за ввесь курс навчання, б) зубні лікарі—не члени спілки—200 карб. за ввесь курс. Плату вноситься рівними частинами наперед у п'ять строків, оголощених НКОЗ.

12. Після закінчення курсів і склавши всі предмети навчального пляну при медінститутах, слухачі одержують свідоцтва про кваліфікацію лікаря-одонтолога, нарівні з усіма тими, що скінчили одонтологічні факультети УСРР.

Наркомздоров'я *Канторовіч* Заст. Наркомосвіти *Полоцький*

Зав. орг. інстр. від. *Кущнір* Заст. зав. Упрофосвіти *Берковіч*

76. ПРО ПЛАТНУ МЕДДОПОМОГУ ДЕЯКИМ ГРУПАМ НАСЕЛЕННЯ

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького та Зінов'ївського окрвиконкомів, до Вінницької та Зінов'ївської міськрад, до НКОЗ АМСРР

Щоб поступовно замінити приватний сектор у справі здоровоохорони державною меддопомогою, НКОЗУ поруч засобів якнайбільше забезпечити безплатною мед.-сан. допомогою трудові шари населення, одночасно пропонує:

1. Розпочати розгортання платних лікувальних установ по містах, насамперед поліклінік, амбуляторій і там, де це можливо, і лікарень.

2. Негайно організувати для обслуговування груп населення, які не охоплюються органами охорони здоров'я, платну допомогу вдома й платні пункти невідкладної допомоги.

3. У платних установах, що їх відкривається, працю треба оплачувати не за талонами, а за годинами.

4. Організувати консультації з кваліфікованих спеціялістів, які даватимуть консультаційні поради.

5. Червоному Хресту й Т-ву „Допомога" треба й надалі дозволяти відкриття платних лікувальних установ, але на останні поширюються й всі правила, що є й для платних лікувальних органів охорони здоров'я.

Одночасно органам охорони здоров'я треба заходитися навколо плянування платної допомоги, — не відкриваючи платних лікувальних установ там, де вже існуючі платні установи Червоного Хреста можуть цілком дати собі раду із справою обслуговування неохоплених безплатною меддопомогою груп населення.

6. Вам належить негайно обслідувати роботу платних установ Червоного Хреста й Т-ва „Допомога", що вже функціонують і вжити заходів ліквідації в їхній роботі небажаних методів і, насамперед, категорично настоювати на ліквідації так званих асистентських.

7. Зважаючи на те, що лікустанови, які відкриватимуться, за перших часів можуть бути дефіцитні, треба домагатися фінансової підтримки цих установ з боку окрвиконкому чи міськради на перший час їхнього існування.

8. Плату в цих установах має встановити окружний виконавчий комітет спеціяльною постановою, причому встановлена плата поширюється й на установи Червоного Хреста, Т-ва „Допомога" та інш. Плата повинна бути диференцьована.

9. По великих містах, якщо мережа платних лікувальних установ є значна, треба для управління такою, утворити при окрздоровінспектурі на зразок Харкова, управління платними лікувальними установами („Уплатлік"), що має чинність на правах тресту і на підставі спеціяльного статуту.

10. По тих центрах, де відкриття окремих платних лікувальних установ є економічно недоцільним і трудове населення забезпечується медичною допомогою, можна організувати прийом за плату в загально-державних установах незакритого типу. Це стосується також і справи утворення в цих центрах платних ліжок при лікарнях понадштатно. Такий прийом повинно провадити в останню чергу після того, як задоволено трудящих.

Про вжиті Вами заходи на розвиток цього обіжника, Наркомздоров'я пропонує повідомити протягом місяця.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович*

Зав. орг.-інстр. відділу *Кушнір*

Заст. зав. лік.-проф. відділу *Трахтман*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 7/30 з 10 березня 1930 р.)

Затверджую: *С. Канторович*

77. ПОЛОЖЕННЯ

про організаційно-інструкторський відділ НКОЗУ.

1. На організаційно-інструкторський відділ покладається:
а) об'єднання всієї організаційної роботи Наркомату,
б) об'єднання інформації,
в) об'єднання інструктажу округ в питаннях охорони здоров'я,
г) проороблення всіх питань щодо кадрів в повному обсязі.
2. Відповідно дох ци завдань до функцій оргінстра належить;

В галузі організаційній.

3. Розробка структури та штатів Наркомздоров'я та його місцевих органів.

4. Розробка типових штатів для медично-санітарних установ всіх категорій.

5. Розробка проектів щодо функцій місцевих органів влади в галузі охорони здоров'я.

6. Регулювання взаємовідносин поміж місцевими органами охорони здоров'я та мед. сан. установами, що утримуються за держбюджетом.

7. Розробка загальних положень та про науково-практичні медустанови.

8. Керування штатів органів охорони здоров'я в показових округах та взагалі питань загального змісту в цих округах.

9. Встановлення типових правил внутрішнього розпорядку для мед. сан. установ та табелів стягань.

19. Розроблення положень про функції медробітників ріжних категорій (голов. лікаря, ординатора, чергового лікаря, палатної сестри тощо) а також встановлення єдиної номенклатури посад.

11. Опрацювання всіх питань щодо організації управління медсанустанов.

12. Догляд та контроль діяльности Медичних Товариств, Червоного Хреста та інш. громадськ. медичн. товариств.

13. Участь в організації ріжних з'їздів в галузі охорони здоров'я, облік цих з'їздів та орган. обслуговування заг. з'їздів охорони здоров'я.

14. Керування роботою щодо оробочення апарату охорони здоров'я та мед. установ.

15. Сприяння соцзмаганню, облік та вивчення його наслідків.

16. Складення висновків на проекти інших урядництв у питаннях загального характеру.

17. Розгляд усіх питань щодо робочого часу медробітників, відпусток, норм навантаження медробітників.

18. Догляд переведення українізації апаратів орг. охорони здоров'я та медперсоналу.

19. Розробка організаційних форм участи працюючих в галузі охорони здоров'я.

20. Загальне керування здійсненням клясовости в справі медобслуговування населння.

21. Розробка форм участи органів охорони здоров'я в загально-політичних та господарчих кампаніях та керування цією роботою.

22. Регулювання взаємовідносин Наркомздоров'я з іншими урядництвами в суміжних загальних питаннях, що стосуються всіх відділів.

23. Розробка міроприємств, що мають загально-організаційне значіння щодо:

а) медобслуговування Червоної Армії,

б) нацменів,

в) погрансмуги,

г) переселенців тощо.

24. Керування роботою щодо переводу медсанустанов на безперервний тиждень та п'ятиденку.

25. Регулювання приватної медичної практики.

В галузі інформації та інструктажу.

26. Систематизація інформації про діяльність місцевих органів охорони здоров'я на підставі звітів, протоколів, доповідей та окремих запитань НКОЗ.

27. Систематизація відомостей про діяльність місцевих органів та установ охорони здоров'я на підставі матеріялів преси.

28. Інформування про діяльність НКОЗ Союзних Республік.

29. Ознайомлення відділів НКОЗ з найважливими подіями в галузі охорони здоров'я за матеріялами закордонної преси та Бюро ОБЗСІ.

30. Зв'язок, з постпредством УСРР у Москві з усіх питань Наркомату.

31. Інформація місцевих органів охорони здоров'я та преси про діяльність Наркомздоров'я.

32. Складання та зведення звітних відомостей з різних питань охорони здоров'я за вимогами вищих органів.

33. Обслідування округ та підлеглих НКОЗ установ та їх інстнуктування.

34. Розслідування за нотатками в пресі, щодо питань охорони здоров'я.

35. Систематизація всіх розпоряджень Уряду та НКОЗдоров'я в галузі медично-санітарної справи.

36. Складання тез до доповідей НКОЗ із загальних питань.

37. Видання Бюлетеня НКОЗУ.

38. Складання звітів про діяльність НКОЗ та його периферії.

В галузі кадрів медичного персоналу.

а) Облік та розподіл.

39. Організація обліку медичного персоналу в республіці.

40. Організація та керування якісним обліком адміністративних та наукових кадрів в республіці та безпосереднє переведення якісного обліку окремих категорій робітників за номенклатурою НКОЗУ.

41. Організація та переведення спільно з НКП плянового розподілу медичного (в тому числі й фармацевтичного) персоналу.

42. Вкомплектування адміністративних посад по керуючих апаратах охорони здоров'я.

43. Комплектування Інститутів НКОЗ науковими практичними робітниками.

44. Щоквартальний облік вакантних лікарських посад та сприяння заміщенню їх.

45. Розроблення всіх питань матеріяльно-побутового становища медперсоналу (квартири, пільги, права та обов'язки).

46. Організація контрактації студентів, учнів профшкіл та лікарів (курси підготовки).

47. Вивчання стану забезпечення медсанустанов медперсоналом, а також аналіза стану цих кадрів так з боку якісного, як і кількісного.

48. Розроблення заходів, скерованих на забезпечення медсанустанов потрібними кадрами.

49. Розгляд питань щодо права на медкваліфікацію.

50. Облік ординаторів медінститутів і взагалі всіх категорій лікарів, що обов'язані відслуговувати, а також облік курсантів та їх розподіл.

б) Підготовка та підвищення кваліфікації

51. Складання плянів підготовки кваліфікації медперсоналу.

52. Організація різних курсів для лікарів через інститути вдосконалення (плян, програм, кошториси).

53. Керування комплектуванням курсів.

54. Участь в усіх питаннях, медосвіти та фармосвіти (встановлення контингенту, прийому, розробки учбових плянів та програмів). Участь в організації безперервної практики.

55. Участь в роботі НКОсвіти щодо встановлення аспірантури, її комплектування, проходження та розподілу.

56. Розподіл та облік наслідків наукових відряджень:

а) за кордон,

б) у межах СРСР.

57. Організація та керування інтернатурою за держбюджетом (комплектування, розробка програмів, плянів, термінів тощо). Розподіл інтернів.

58. Організація практикантства по медсанустановах, їхній облік та розподіл.

59. Організація плянової роботи щодо підвищення кваліфікації лікарів в округах (інтернатура, курси—конферекції, прикомандирування до округових медсанустанов, курси по радіо).

60. Організація та керування роботою заочного медичного навчання, організація курсів для підвищення кваліфікації та перекваліфікації середнього та молодшого медперсоналу.

В галузі юридичній.

61. Юридична консультація всіх відділів наркомату.

62. Складання та дача висновків та віз на всі проєкти, що вносяться до ВУЦВК та РНК.

63. Складення висновків на всі проєкти положень, інструкції з принципових питань охорони здоров'я.

64 Кодифікація чинного законодавства.

65. Судовий захист інтересів НКОЗУ, його органів та установ.

Зав. орг. інстр. відд. *Ю. Кушнір.*

78. ПРО ПОСИЛЕННЯ РОБОТИ ОКРЗДОРОВІНСПЕКТУР В ГАЛУЗІ ЖИТЛОВОЇ САНІТАРІЇ.

(Надіслано Артемівський, Луганський, Сталінській, Харковскій, Дніпропетровський, Запорізькій, Криворізькій та Маріупільській О. З. І.).

Період грандіозних маштабів і темпів господарчого й культурного будівництва, в умовах величезного зростання культурних потреб пролетаріяту, вимагає від органів охорони здоров'я надто напруженої роботи в усіх галузях радянської медицини, особливо широкого запровадження оздоровчих профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення умов праці й побуту робітничої людности.

Зокрема, підчас надто бурхливого розвинення житлового й комунального будівництва, по лінії промисловости й кооперації і намічуваного будування нових соціялістичних міст та селищ (в Донбасі 12 нових міст вартістю більше як 1,2 мільярд. Велике Запоріжжя, тракторобуд та інш.) в умовах настирливої потреби реконструкції побуту робітників, серед оздоровчо-профілактичних заходів, величезної уваги вимагає робота в царині санітарної охорони житлів.

Проте, різноманітний і надмірний обсяг роботи в цій галузі вимагає одночасно з пожвавленням її, раціоналізацією окремих елементів, зокрема поточного—житло-сандогляду, різкого переключення всієї роботи на розв'язання основних проблем, що висуває саме життя в цій галузі.

Виходячи з вищенаведеного, Наркомздоров'я вважає, що перед окрздоровінспектурами в згаданій царині стоять нині такі основні завдання:

1. В ГАЛУЗІ ПЛЯНУВАННЯ ЗАЛЮДНЕНИХ ПУНКТІВ.

В цій царині ОЗІ повинні особливу увагу звернути на питання побудови нових соціялістичних міст та селищ, для чого треба:

1) Щільно зв'язатися зі всіма організаціями і відомствами, що проробляють ці питання на місцях (ОВК, окрплан, окрінж, окрміськгосп, міськрада, комгосп, ОРПС та інш.).

2) Зібрати й вивчити всі матеріяли та санітарно-топографічні дані, що характеризують з санітарного боку ділянки, намічені для побудування нових міст при чому, зважаючи на те, що збудування нових міст і селищ часто провадитиметься з використанням площ існувальних залюднених пунктів, потрібно також зібрати всі докладні дані щодо їхньої санітарної характеристики.

3) Проробити свої міркування щодо можливости об'єднання низки розпорошених існувальних селищ, централізування їх між окремими підприємствами, переведення на їх території збільшеного житлобудівництва, аби досягти ліпшого впорядкування й сан.-техн. обладнання їх.

4) Ставити перед відповідними організаціями, відомствами і робітничою суспільністю на обговорення головні завдання санітарного характеру, що виникають в зв'язку з побудуванням нових міст, висвітлюючи одночасно на підставі матеріялів, що є у ОЗІ, всі дефекти й недоліки збудованих селищ, щоб запобігти цим недолікам в новому будівництві.

Наведені заходи ОЗІ повинні ув'язати зі своєю поточною роботою в царині плянування, переплянування і часткового збудування залюднених місцевостей, але акцентуючи роботу на нині поставлені завдання.

II. В ГАЛУЗІ ПОТОЧНОГО ЖИТЛОВО-САНІТАРНОГО ДОГЛЯДУ

Ставлячи перед собою завдання максимальної раціоналізації поточного догляду, ОЗІ повинні скерувати свою роботу на такі основні моменти:

1) Вивчати й аналізі житлово-побутовувати умови робітників, що мешкають у знову споруджених будинках житло-кооперації, промисловости, виявляючи ступень задоволення в них потреб колективізації побуту, зокрема, відмічаючи наявність помешкань загального пральні користування (загальні їдальні, кухні, червоні кутки, дитячі ясла, дитячі садки, та інш.),

2) Включати до плянів житлобудівництва та промфінплянів ріжних відомств і організацій відповідних коректив загально-санітарного значіння, звертаючи особливу увагу на асигнування відповідних коштів на культурно-побутові потреби, на спорудження усуспільненого побуту, що вище вказані, а також на благоустрій та впорядкування садиб.

3) Підсилювати догляд санітарного стану всіх видів робітничих гуртожитків будинків комун так по робселищах, як і в соцсекторі села (радгоспи, колгоспи), особливо звертаючи увагу на внутрішнє обладнання й устаткування їх, з тим, щоб в разі невідповідности згаданих житлових приміщень до нормальних санітарних умов, вимагати від госпорганів поліпшення їх.

Окрздоровінспектури повинні взяти твердий курс на дійсне переведення в життя госпорганами всіх вимог санітарних органів щодо цього, притягаючи в разі невиконання, на підставі чинного санітарного законодавства, всіх винуватих до відповідальности.

Зокрема, потрібно пильно простежити, як забезпечують самітніх робітників по гуртожитках білизною, згідно з умовою, складеною поміж ЦК профспілок та госпорганами і на підставі директивної постанови Колегії НК РСІ СРСР з 28 грудня 1929 року.

4) Взагалі питання санітарного поліпшення житлово-побутових умов, санітарна організація повинна надати особливої уваги, переводячи цю роботу в найщільнішому зв'язку з широкими колами робочих мас, щоб своєчасно й чітко відбити свій вплив на напрямок роботи в цій справі, що нині розв'язують різні відомства і організації, маючи на меті конче потребу напрямлення побуту на рейки колективізації.

Зокрема, особливу увагу необхідно звернути на розвинення роботи в царині поточного житло-сандогляду секцій охорони здоров'я, здоровосередків по містах і в робочих селищах, а також сан-впорядкувальних комісій при сільрадах.

Покладаючи на них здійснення догляду санстану житлів, гуртожитків. садиб і будинків громадського користування і значіння, догляд їхнього правильного режиму і експлоатації, та низку інших заходів, що стосуються до поточного житло-сандогляду, санітарні органи повинні об'єднувати, плянувати й керувати цією роботою, допомагаючи своєю санітарною компетенцією в потрібних випадках.

Особливу увагу необхідно звернути на збирання даних про забезпечення окремих груп населення житловою площею та здійснення активної участи в розробці заходів щодо збільшення її для робітничої людности.

III. В ГАЛУЗІ БУДІВНИЦТВА ЖИТЛІВ ТА БУДИНКІВ ГРОМАДСЬКОГО КОРИСТУВАННЯ Й ЗНАЧІННЯ.

В цій царині ОЗІ повинні акцентувати свою роботу на таких моментах:

1) Масимально піднилити участь санорганізації в попереддогляді (розгляд проєктів і плянів), особливо зміцнити контакт з житло-буд. кооперацією, управлінням окрінжу, окрмісцгоспу тощо.

2) Посилювати участь у роботі по заселенню знову збудованих житлів, особливо звертаючи увагу на те, щоб їх було до заселення забезпечено всім потрібним сан.-тех. обладнанням (водогін, каналізація тощо) і щоб садиби також максимально було впорядковано.

Наркомздоров'я зауважує, що надмірний і спеціяльний обсяг роботи в царині житлової санітарії вимагає перед усім наявности кваліфікованих кадрів житлово-санітарних лікарів.

А тому перед окрздоровінспектурами стоїть термінове завдання вжити всіх заходів щодо поповнення складу санорганізації відповідними спеціялістами з житлової санітарії, забезпечивши їх транспортом, потрібною апаратурою й утворивши найсприятливіші матеріяльно-побутові умови для їхньої роботи.

За Наркомздоров'я *Хармандар'ян*

Зав сан. епід. відд. *Марзеєв*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 29-5).

79. ПРО ПОСИЛЕННЯ РОБОТИ ОКРНАДЗВИЧАЙНИХ КОМІСІЙ

До всіх округових надзвичайних комісій по боротьбі з епідеміями.

Останнім часом спостерігається кволий темп роботи Надзвичайних комісій, а деяк з них й зовсім припинили свою роботу. А тимчасом покажчиків до такого зниження темпу роботу немає ніяких. Навпаки, на Україні наростає хвиля висипного тифу, зменшення кількости захорувань на кишкові інфекції є лише тимчасовим, сезоновим, по багатьох місцях ця захоруваність стоїть на дуже високих цифрах, не зважаючи на зимовий час.

Отже обов'язки, що їх покладено на округові надзвичайні комісії, ще не знято з них й поле для роботи таких ще велике.

Тому Центральна Надзвичайна Комісія пропонує вам негайно ж посилити роботу округової комісії, керуючись положенням про них (див. протокол ЦКК від 18-X-29 року № 7) та попередніми директивами та вказівками.

Зокрема окр. надзвич. комісії треба звернути увагу на обов'язкове виконання плянів ліквідації вогнищ висипного тифу та плянове запровадження в життя заходів попередження кишкових інфекцій.

Плянова протиепідемічна робота є можливою лише коли є належна матеріяльна база, тому належить мобілізувати для цього кошти зі всіх можливих джерел, зокрема промисловости.

Вам належить надсилати до Центральної Надзвичайної Комісії всі протоколи ваших засідань.

За Голову Центральної Надзвичайної Комісії. *Кустелян.*

(Об. Розп. НКОЗ. № 30 з 4 березня 1920 р.).

80. ПРО РОБОТУ ІНФЕКЦІЙНИХ ВІДДІЛКІВ І ДЕЗКАМЕР.

До всіх окрвиконкомів

Копія до окрздоровінспектур.

Не зважаючи на наявність у республіці епідемічних захорувань, серед яких є такі, що мають тенденцію на розвитко, досить часто спостерігається, що інфекційні відділки лікарень не функціонують, або їх використовують не за призначенням.

Таке становище не дає можливости правильно організувати боротьбу з епідеміями бо своєчасна та повна шпиталізація пошесних хворих є один із самих дійсних заходів.

Тому, центральна надзвичайна комісія пропонує переглянути мережу пошесних відділків і вжити всіх заходів, аби всі вони функціонували, для чого забезпечити такі штатом інвентарем та харчуванням.

Поруч цього помешкання пошесних бараків та відділків, що їх зайнято будьчим іншим треба звільнити й облаштувати за їхнім призначенням.

Другий захід у системі протиепідемічної роботи є дезінфекційна справа. Те дезмайно (камера, апаратура), що є тепер, здебільшого не використовується.

Цілком потрібно терміново вжити заходів, щоб існуючі дезкамери працювали постійно, щоб камерна дезінфекція, як засіб боротьби з епідеміями, мала відповідне місце.

Поруч цього треба проробити плян розвитку девсправи в окрузі з таким розрахунком, щоб дезкамери були при всіх лікарнях і крім того, в кожному районі було не менш однієї рухомої дезкамери.

Голова Надзвичайної комісії по боротьбі з епідеміями *Хармандар'ян*

(Лист НКОЗУ з 1 березня 1930 р.).

81. ПРО ТЕХНІЧНІ УМОВИ НОВОГО БУДІВНИЦТВА ШКІЛ І ЛІКАРЕНЬ.

До всіх окрздоровінспектур та медсанупрів. До Зинов'ївського й Винницького ОВК. До НКОЗ АМСРР.

Надсилаючи при цьому технічні умови проєктування нового будівництва та капітального ремонту існувальних будівельників шкіл I і II ступеня НКОЗУ й НКШляхів сполучення, лікарняних споруджень, будівель громадського характеру (клюби, народні будинки, театри тощо), НКОЗУ пропонує підчас розгляду й дачі висновку на проєкти згаданих споруджень (в управлінні окрінжа, комгоспі, окрсантехраді) обов'язково враховувати вимоги додаваних технічних умов.

Санепід НКОЗУ зауважує, що ці технічні умови ні в якому разі неможна трактувати як норми, що змінюють існувальні щодо проєктування згаданих споруджень, алеж окремі моменти цих умов, що не передбачені нормами шкільного й лікарняного будівництва, треба врахувати обов'язково підчас попередньої контролі проєктування таких споруджень.

Щож до будівель згаданого призначення, яких занов капітально відремонтовується, ці технічні умови є мінімальні, що їх точно треба додержуватися й враховувати підчас дачі висновків у відповідних інстанціях.

Додаток: згадані технічні умови.

Зав. Сан. Епід. Відділу *Марзеєв.*

Житлосанінспектор *Горомосов.*

(Лист НКОЗ ч. 29-5 з 11 марта 1930 р.

ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

проектирования нового строительства и капитального ремонта существующих зданий школ II ступени и школ I ступени НКПроса и школ I и II ступени НКПС'а, больничных зданий НКЗдрава, зданий общественного характера (клубы, народные дома, театры и т. п.).

1. Здания для школ и больниц должны иметь, преимущественно, односторонние коридоры, в прочих зданиях общественного характера упомянутая система планировки является желательной но могут быть допустимы и коридоры с торцовым освещением.

2. Наименьшая высота помещения $3^1/_2$ метра.

3. Наибольшая глубина помещений при одностороннем освещении $6^1/_2$ метра, а при двустороннем—13 метров.

4. Ширина главных коридоров должна быть не менее 2 метров. Наименьшая ширина как внутренних, так и наружных дверей 1,4 метра.

5. Ширина марша и лестниц и лестничных площадок не менее 1,5 метра. Главные лестницы должны быть с двойным заложением.

Каждое здание должно иметь не менее двух выходов, при чем в многоэтажных зданиях должно быть достаточное количество огнестойких лестничных клеток.

6. При устройстве пассажирских под'емников, таковые должны быть по возможности площадью не менее 1,5 — 2,5 метра.

7. Световой коефициент не ниже 1:8, при чем желательно увеличение его для некоторых помещений до 1:5.

8. При постройке здания надлежит предусмотреть возможность обезпечения поэмщений постоянной температурой 20°Ц. В стенах здания должно быть сделано достаточное количество запасных дымоходов.

9. Устройство каналов для вытяжной вентиляции обязательно. Независимо от сего во всех помещениях должны быть сделаны фрамуги или форточки в 50% всех оконных переплетов даного помещения.

10. В каждом этаже предусматривается возможность устройства теплых уборных и рядом с ними ванных комнат. Для этого при наличии водопровода и канализации таковыми обязательно обеспечивается и сооружаемое здание. При отсутствии же водопровода и канализации, надлежит предусмотреть то или другое оборудование для удаления нечистот и обработанных вод; для снабжения же водой надо предусмотреть возможность размещения на чердаке бака с водой.

Потребность воды, примерно, определяется из расчета 1,5 ведра на 1 кв. метр полезной площади здания; при этом под полезной площадью, в данном случае подразумевается вся площадь, за исключением коридоров, проходов и лестничных клеток.

Уборные располагаются в наиболее изолированной части здания.

Зам. председателя Высшего Технического Строительного Комитета НКВД (Подпись).

82. Правила про припустиму найбільшу кількість олива в посуді.

(*Погоджено з ВРНГ і Наркомторгом УСРР*)

На підставі арт. 17 постанови Ради Народніх Комісарів УСРР з 12 лютого 1925 року „Про санітарний догляд за виготовленням, сховом і продажом харчових продуктів, смакових речовин та напоїв“ (Зб. Узак. УСРР 1925 р. № 8, арт. 61), на розвиток цієї постанови із метою запобігти отруїнням оливом через посуд, що його вживають для виготовлення, схову й вживання їжі, смакових речовин та напоїв, Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР встановлює такі правила:

1. Пудити кухонні казани, кип'ятильники, самовари, термоси, а також усякий інший посуд і приладдя, що їх вживають для виготовлення, схову та прийому їжі й напоїв можна лише циною, що містить олива небільш 1%.

2. Полуда бляшанок для консервів може містити лише сліди олива.

3. Олива у внутрішньому припої бляшанок для консервів повинно бути не більше 1%.

4. Емальований й полив'яний посуд, який вживають для схову, варіння харчових продуктів і напоїв, при кип'ятінні в пьому протягом ½ години 4% оцетового квасу, не повинен віддавати більш, як 10 міліграм метальового олива (свинця) за 1 літр рідини.

5. Догляд виконання зазначених правил покладається на санітарні органи охорони здоров'я.

6. Винних у невиконанні зазначених правил притягається до відповідальности за п. 37 артикулу 72 Адміністративного Кодексу УСРР в редакції 1929 р. (Зб. Уз. УСРР 1929 р. № 23, арт. 189).

м. Харків, 18 жовтня 1929 р.

Заст. Народнього комісара охорони здоров'я УСРР *Нагорний.*

(Оголошено в Збірн. Узакон. та розпор. Роб. Селян. Уряд. УСРР № 22 відділ II з 26 листопада 1929 р.)

83. ПРО ЗАПРОВАДЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ ОЗДОРОВНОЇ КАМПАНІЇ ВЛІТКУ 1930 РОКУ

До всіх окрздоровінспектур, МСУ та НКОЗ АМСРР, до Зинов'ївського та Винницького ОВК.

Плянування, організацію та переведення в життя оздоровної дитячої кампанії влітку 1930 р. треба здійснювати на підставі досвіду минулого року та ураховуючи зокрема основні завдання реконструктивного періоду, та а ті економічні й політичні зрушення, що спостерігаються в країні в зв'язку з швидкими темпами індустріялізації та бурхливим зростанням колективізації сільського господарства.

Оздоровні дитячі заходи відограють велику ролю, як могутній фактор, що поліпшує фізичний стан зміни, що зростає. Поруч того, оздоровні установи треба розглядати, як установи позашкільного комуністичного виховання, що потрібує постановки правильної виховної роботи.

Для переведення в життя цих основних завдань треба, щоб головними моментами літньої оздоровної кампанії 1930 р. стали директиви Всеукраїнського піонерського зльоту, а саме: максимальне обслуговування піонерів і жовтенят, робітничих родин та соціялістичного сектору села з тим, що охопити не менш, як 50% піонерів шкільного віку.

Навколо оздоровлення побутових умов роботи піонерства треба мобілізувати суспільність та увагу доброхітних т-в. Щоб забезпечити успіх оздоровної роботи серед піонерів та постійний зв'язок комсомольської організації з органами охорони здоров'я, треба терміново зорганізовувати бюро служби здоров'я ЮП, як комісії міжвідомчих оздоровних комісій (МОК) на яких покласти всю відповідальність за керовництво постійними оздоровними заходами щодо піонерів та жовтенят.

Бюро служби здоров'я організує саносвітню роботу серед піонерів, оздоровну роботу загона і клюбу ЮП, утворює громадську думку навколо питань оздоровлення піонерства, керує відбором в оздоровні установи, допомагає МОК організовувати загальні оздоровні дитячі установи, організує смотр сан-гігієнічного стану загонів і клюбів ЮП, використовуючи методу соцзмагання Бюра служби здоров'я ЮП, переводить всю свою оздоровну роботу в тісному контакті з МОК.

Другою найважливішою директивою є принцип клясового підбору в оздоровні дитячі установи. Треба суворо додержуватися встановлених відсотків минулого року щодо дітей робітників у місті, а саме: 90% по Донбасу й Криворіжжю, 70%—по великих окружних центрах, 60%—у решті окрміст і 35%—по окрмістах Полісс'я й прикордонної смуги, де є багато кустарів і бідняцького містечкового населення. Для обслуговування цих дітей треба максимально притягати кошти кустарної кооперації та відповідних організацій (місцеві організації „Допомоги" тощо). Для дітей службовців, крім груп із малою зарплатою, треба встановити принцип повної самооподаткування й виділяти їх відчитом в особливу групу, щоб не затуляти соціяльний склад оздоровних установ. Серед груп робітників треба також переважно обслуговувати насамперед групи дітей металістів, гірників, хеміків та будівельників. Всі неплатні місця майже повнотою треба розподіляти серед дітей робітників.

Особливого значіння набуває справа укомплектування оздоровних установ вихователями та викладачами фізкультури й підготовка цих кадрів. Все це є справою, що цілком належить до Наросвіти.

А тому треба заздалегідь до початку кампаній заслухати плян ОНО щодо підготовки кадрів для оздоровних установ, використовуючи для цього слухачів мед. ВУЗ'ів, медтехнікумів, акушорських і лікпомівських шкіл, запасних сестер УЧХ, а також для виховної роботи слухачів пед. технікумів округ.

У кожній оздоровні установій повинно бути ядро комсомольців ватажків. Бажано, щоб і вихователі та фізкультурник були б теж комсомольці та щоб вони набили попередньої спеціяльної підготовки.

Виходячи з вищенакреслених загальних настановлень, треба, розгортаючи оздоровну літню кампанію, внести одноманітність та типізацію оздоровних установ.

Треба встановити три типи оздоровних установ: перший- оздоровний майданчик, другий-оздоровна колонія й третя — дитяча санаторія. Всі інші види оздоровних закладів є тільки недосить повна форма цих основних типів установ.

Як тип масової установи, треба вважати оздоровний майданчик, Установу тоді треба вважати за оздоровний майданчик, коли вона провадить харчування, фізкультуру та коли є спеціяльне обладнання. Коли на оздоровному майданчикові є тільки одна фізкультура, то це є примітивна форма, яку не треба приєднувати до загальної кількости типових установ.

Як і раніш, цього року треба вжити всіх заходів, щоб деякі установи перетворити з тимчасових літніх у постійні установи, що працюють на протязі цілого року.

На селі оздоровні заклади повинно переводити переважно в соціялістичному секторові села. Дотація МОК так окружного, як і районного окружного значення витрачатиметься само на соцсектор села. Для колгоспів та комун, крім оздоровних майданчиків, треба організовувати оздоровні колонії при кущоб'єднаннях, або міжрайонового значення.

Щоб досягти максимального успіху в розвиткові оздоровних установ на селі, треба провести нараду з головами колективів і комун для розробки питань організації оздоровних установ, після чого скласти угоди з колективами й комунами щодо утримання оздоровних установ. Дотація МОК повинна піти тільки на утримання штатного медробітника (він же фізкультурник) не більш одного на комуну. Харчування, а також решта персоналу і влаштування оздоровного майданчика, або оздоровної колонії покривається за рахунок колективів і комун.

Для успіху розгортання оздоровних заходів має величезне значення втягнення на допомогу оздоровним заходам найширших кіл робітничої й селянської суспільности. За формою їхньої участи є робота в міжвідомчих оздоровних комісіях, але обов'язково треба зберігати за громадськими організаціями їхню ініціятиву, самодіяльність активу, їхнє самостійне господарювання й адміністрування. В разі бажання тієї або іншої громадської організації, самим відкривати оздоровні заклади, мобілізуючи навколо них свій громадський актив і притягаючи громадські кошти.

Для кожної організації, що провадить оздоровні дитячі заходи, є обов'язкова реєстрація через МОК своїх заходів, погодження з МОК дисклокації своїх оздоровних установ, кошторисів, штатів, а також і можлива участь у матеріяльному утриманні оздоровних зоходів і закладів загального значення. Це однаково стосується житлокопівських оздоровних дитячих майданчиків, Червоного Хреста, Т-ва „ДД“ місцевкомів і фабкомів, кооперативних організації комісій сприяння батьків. У разі активного бажання громадської організації своїм активом організувати й адмініструвати оздоровною установою, МОК не повинні тому перешкоджувати, а навпаки, допомогти своїм досвідом, керовництвом, а також інспектуванням. За цими оздоровними установами залишається контроля інспектуриохорони здоров'я.

МОК об'єднує всі ці оздоровні заходи сумісного значення, дає загальне керівництво й переводить певний облік за встановленою карткою.

Останні обслідування та краєві наради ОЗДП виявили дуже поганий стан здоров'я серед дітей дитячих будинків. Цього року МОК повинні розгорнути широку оздоровну кампанію серед дітей дитячих містечок і будинків, добиваючися спеціяльних асигнувань для цього з місцевого бюд-

жету, допдитів, ОНО та інших організацій. Вивіз за місто, додаткове харчування, влаштування майданчика ФК, запрошення викладача ФК-ось ці форми масового оздоровлення, які треба включити до пляну оздоровних літніх заходів.

Далі—щодо організації громадського дитячого харчування по масових оздоровних установах силами споживчої кооперації. Треба тепер уже поставити питання перед місцевими органами, кооперацією про передачу їм організації харчування в оздоровних установах. Через те, що питання громадського дитячого харчування дуже складне, треба організувати спеціяльну ударну „тройку" з представників ОЗІ, ОНО, кооперації, яка-б урахувала всі технічні можливості розгорнення куховарень, термосного, де це є господарства, вартости харчування и підготувало всі організаційні й матеріяльні можливості до дитячого громадського харчування силами кооперації в оздоровних дитячих установах.

Переведення оздоровної дитячої кампанії, як вже було вище зазначено, має велику ролю. Для підсилення матеріяльної бази оздоровних заходів треба мобілізувати максимальну увагу всіх відповідних організацій в кожному цеху на виробництві, в кожному житлокоопі, сільраді, в кожній школі, піонерському загоні та піонерському клюбі організувати ударні тройки по переведенню оздоровних заходів. До цих „троєк" треба притягти представників профоргану, госпоргану та лікаря.

Такі ударні „тройки" повинні пробити всі питання, зв'язані з оздоровними закладами місцевого значення, використати всі матеріяльні можливості місцевого значення. Треба ввести до практики роботи обговорення підсумків оздоровних заходів, для чого „тройка" повинна працювати не лише перед самою кампанією, але так, щоби робити й відчитні доповіді по цехах підприємств, сільрадах, житлокоопах та інш.

Платність у клясовому розрізі в оздоровних установах повинна стати основним принципом прийому в оздоровні дитячі установи. Шкала платности, що її затверджено ВУРПС минулого року, залишається також на 1929-30 рік. Від платности звільняються діти застрахованих, що одержують менш за 60 крб. на місяць.

Особливу увагу треба звернути на асигнування місцевого бюджету, який до цього часу зменшує свій відсоток. Треба добитися певних твердих асигнувань на оздоровні масові дитячі установи по місцевому бюджету.

Вся матеріяльна база на 1930 рік повинна значно збільшитися проти 1929 року.

Наркомздоров'я пропонує не пізніше, як за 10 день після одержанням цього обіжника сповістити, що ви зробили для виконання цього та які перешкоди ви зустрічаєте, здійснюючи це.

Заст. голови ЦМОК'у — Заст. Наркомздоров'я *Кустелян.*

Секретар МОК — Інспектор ОЗД *Орлік.*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 35-3 з 11 березня 1930 р.)

II. Із діяльности Наркомздоров'я та його відділів.

1. Роботу Наркомздоров'я скеровується на виконання останніх постанов ЦКВКП(б) на доповіді НКОЗ РСФРР та УСРР.

Після попереднього опрацювання Плянвідділом пропозицій щодо скерування всієї роботи НКОЗ та його місцевих органів напрямком виконання постанов ЦКВКП(б) на доповіді наркомів здоровоохорони РСФРР та УСРР, колегія НКОЗУ ухвалила ці пропозиції в такому:

Постанова ЦКВКП(а) зобов'язує НКОЗ змінити теперішню систему роботи органів здоровоохорони напрямком запровадження клясової лінії в усіх моментах медично-санітарного обслуговування трудящих, віддаючи переважну увагу промисловим робітникам та працьовникам усуспільненого сектору сільського господарства напрямком більшого притягування до активної участи в органах здоровоохорони самих трудящих та громадських організацій.

Отже всем відділам НКОЗУ колегія склала низку конкретних пропозицій і доручень, з яких наводимо тут найголовніші;

а) Переглянути характер і зміст роботи місцевих органів здоровоохорони в напрямкові децентралізації адміністративних функції, збільшення чіткости в роботі так відділів, як і окремих робітників.

б) Провадити посиленішим темпом оробітчення апаратів охорони здоров'я та медсанмережі. Організовувати, де потрібно, курси підвищення кваліфікації робітників і селян, що їх висовується на відповідальну роботу.

в) Усім медсанустановам запропоновано більше притягати до своєї роботи КОПІП'и, санкомісії та інші організації суспільности.

г) У всій медсанмережі здійснити принцип одноначальности.

Щодо реорганізації всієї медсанмережі напрямком переважного обслуговування промислового пролетаріяту та усуспільненого сектору сільського господарства, колегія запропонувала таке:

а) переглянути теперешні норми обслуговування населення, реорганізувавши їх в бік кращого обслуговування зазначених груп.

б) Всі кошти, що призначаються на нове будівництво, обертати напрямком досягнення максимального ефекту для обслуговування застрахованих, а серед них насамперед індустріяльних робітників.

в) У річних плянах передбачити все дальше систематичне поліпшення обслуговування робітників важкої індустрії.

г) Перевірити в трьох округах, як саме виконують там інструкцію Наркомздоров'я щодо пристосування всієї медсанмережі до обслуговування підприємств, що перейшли на семигодинний робітний день та на безперервне виробництво.

д) Прискорити організацію пунктів першої допомоги по всіх промислових підприємствах.

е) Провести спільно з Головсоцстрахом перевірку роботи ЛКК та БЛЕ, зміцнивши там вплив та контролю робітничої частини.

ж) Обслуговування сільського населення мусить надалі йти лінією переважної уваги потребам колективізованих господарств, лінією обслуговування енергетичних і виробничих центрів сільського господарства.

Далі колегія визнала за потрібне, щоб інспектори НКОЗУ підчас їхніх виїздів на місця поруч інспектування та контролю загальної роботи

ОЗІ звертали особливу увагу на розвиток громадськости навколо справ охорони здоров'я.

2. Питання медосвіти

1. Про реорганізацію медичних ВИШ'ів

Колегія затвердила постанову президії Наукової Медичної Ради щодо реорганізації мед. ВИШ'ів:

а) Доцільно відкрити факул тети охматдиту й санітарно-гігієнічного, залишивши, як і досі, факультет одонтологічний.

б) Визнати за потрібне, щоб було відкрито в Харкові факультети ОХМД та санітарно-гігієнічний; у Києві-теж; в Одесі санітарно-гігієнічний факультет. У Дніпропетровському—утворити санітарно-гігієнічний факультет (другою чергою).

Факультети ОХМД відкрити також в Одесі й Дніпропетровському.

Далі колегія погодилась із тим, щоб на санітарно-гігієнічному факультеті термін навчання був чотирирічний. На факультетах ОХМД та лікувально-профілактичному встановити термін навчання $4^1/_2$ роки з тим. щоб навчальний рік тривав 10 місяців за умови відповідної раціоналізації викладання дисциплін.

Факультет ОХМД повинен підготовлювати лікарів мікро та макропедіятрів.

2. Про Одеский Хемічно-Фармацевтичний Інститут

Колегія НКОЗУ висловилася за те, щоб Одеський Хемфармінститут було збережено для підготовки лябораитів, яких потрібують установи НКОЗУ. Постанову колегії НКО про ліквідацію інституту ухвалено опротестувати перед Раднаркомом.

3. Про порядок утворення курсів, що підготовлюють кадри медробітників.

Колегія визнала за потрібне, щоб в утворенні курсів, які організує НКОЗУ, всі відділи брали активну участь. Усю роботу централізується в організаційно-інструкторському відділі.

4. Про передачу медичної та фармацевтичної освіти до Наркомздоров'я.

Колегія Наркомздоров'я давно вже опрацювала питання про передачу медичної та фармацевтичної освіти до НКОЗУ. Основні моменти, що висунула колегія полягають в такому:

а) нинішня мережа медичних інститутів, що дає кожного року щось із 700 лікарів, тоді як за даними п'ятирічки Україна потрібуватиме близько 6.000 чол., звичайно не може задовольнити потреби країни, зокрема її промисловости.

б) Медінститути повинні скерувати свою систему медосвіти напрямком основних завдань і принципів радянської медицини—на оздоровлення праці й побуту трудящих. Медінститути повинні давати лікарів, що мислять науково-матеріялістично, що підготовлені теоретично й практично на обслуговування трудящих. Далі медінститути повинні ґрунтувати свою роботу на щільному зв'язкові з виробництвом.

Отже, медичні учбові заклади мусять укладатися в єдину мережу з клініками, навчально-допоміжними закладами, і всі вони мусять працювати за принципами, що їх вимагає радянська здоровоохорона.

Лише за цієї умови можна буде готувати радянського лікаря, що був би зв'язаний з виробництвом. Цього можна буде досягти, коли медінститути будуть невід'ємними ланками загальної мережі Наркомздоров'я.

Такого самого погляду дотримується НКОЗ щодо медичних шкіл. Тут колегія висловлюється за утворення цілковитого органічного зв'язку медшкіл із лікарнею, причому цей зв'язок повинен полягати навіть і в суто-територіяльному наближуванні школи до лікарні.

Колегія НКО на засіданні з 14 березня погодилася на передачу справи медосвіти до НКОЗУ.

3. Про будування інституту охматдит в Харкові

Колегія заслухала інформаційні повідомлення т. Петровської в згаданій справі та визнала таке:

Вжити потрібних заходів, щоб з початку майбутнього бюджетового року на будування інституту було асигновано додатково ще 500.000 крб. (це — зважаючи на те, що поточного року за держбюджетом на будівництво інституту асигновано тільки 300.000 крб).

Поруч цього НКОЗ зняв клопотання про те, щоб ВУЦВК взяв матеріяльну участь в будівництві інституту.

4. Про передачу органам НКОСвіти обслуговування дітей віком більш 4 років

Колегія взяла на увагу, що по дитустановах обставини й роботу пристосовано для обслуговування дітей раннього віку й тому висловилася за те, щоб дітей віком понад 4 роки було прийнято в установи НКОСвіти та, щоб цей прийом провадили пляново й систематично, (двічі на рік).

Одночасно колегія висловилася за те, щоб органи НКОСвіти залешили не патронаті дітей і старше 4 років (взявши на увагу сприятливі умови виховання дітей у колективах і комунах).

Органам охорони здоров'я запропоновано підсилити меддогляд дітей, що перебувають на патронаті.

5. Про Наукову Медичну Раду

Роботу наукової медичної ради тепер відновлено. До її складу, за постановою Колегії НКОЗ рекомендовано понад 75 найвидатніших наукових і громадських робітників в галузі здоровоохорони.

Пленум Науково-медичної ради розподілено на 16 секцій (плянування здоровоохорони, секція боротьби з соцзахоруваннями секція охматдиту, секція соціяльної гігієни, травматології та боротьби з травматизмом, секції судової медицини, житлової та харчової санітарії тощо.

На неодмінного секретаря НМР настановлено т. Федоровського О. М.

6. П'ятирічний плян розвитку роботи Українського Червоного Хреста

Заслухавши цей плян, колегія насемперед підкреслила, що УЧХ є першою громадською організацією, яка опрацювала п'ятирічний плян своєї діяльности.

Констатуючи, що в основному п'ятирічку складено правильно, Колегія НКОЗ склала декілька зауважень, а саме:

а) зважаючи на те, що питання боротьби з приватною практикою потрібує на адміністративних заходів, а збільшення меддопомоги, що її надають державні органи, визнати за потрібне, щоб УЧХ передбачив у своєму пляні збільшення якости платних установ,

б) звернути увагу УЧХ на потребу обслуговувати мобілізованих і демобілізованих червоноармійців (перебачити це за пляном),

в) так само потрібує відбитку в пляні справа обслуговування транспортників, для чого УЧХ треба договоритися з транспортовими організаціями,

г) УЧХ повинен брати участь у влаштуванні військово-санітарних кабінетів, що утворюють будинки Червоної Армії,

д) кошти, що їх асигновує УЧХ на саносвіту, треба обертати на пересувні сільські виставки, розташовуючи їх там, де ОЗІ цього не розгортають.

7. Про утворення Центральної Наукової Книжкової бази НКОЗУ й ВУК Мструд (із наказу по НКОЗУ з 3 березня 1930 р.

1. Завданням ЦН–КБ є—постачати наукові книги за абонементом, через почту, лікарям, фармацевтам і середньому медперсоналу переферії насамперед сіл і райміст, а також тих окрміст УСРР, де немає великих медичних бібліотек.

2. ЦН—КБ є спільний орган НКОЗУ й ВУК МСТ, існує на кошти, асигновані в однаковому розмірі обома установами й перебуває під спільним їхнім керівництвом, здійснюваним через Раду ЦН—КБ.

3. Рада ЦН—КБ складається з 9-10 представників НКОЗУ й ВУК МСТ. Рада може запрошувати на свої засідання фахівців книгознавців із дорадчим голосом. Засідання Ради відбуваються 1 раз на місць. Склад Ради затверджують НКОЗУ й ВУК МСТ.

4. Щоб погодити роботу Бази з Укр. Держ. Мед. бібліотекою на можливе використання книг УДМБ для периферії через Базу й накращу організацію роботи Бази—нею відає Директор Укр. Держ. Медичної бібліотеки.

5. Базу складається з книг медичних, природознавчих, з матеріялізму в медицині, марксизму й ленінізму так радянського видання, як і чужоземних.

6. База розсилає безплатно всім своїх передплатникам списки рекомендованої літератури й користується з вказівок (вимог) читачів, купуючи книги.

7. Масова інформація вміщується в „Укр. Мед. Робітникові" й у всіх медичних журналах УСРР.

8. У разі розформування Бази, НКОСУ й ВУК МСТ одержують по —майна й грошових сум, або, за згодою обох установ, одна може викупити в другої всю, або частину її половини.

Про роботу курсів адміністраторів—висуванців

На засіданні колегії з 21 лютого ц. р. заслухано доповідь керовника курсів лік. Фінкельштейна.

Колегія визнала за цілком неприпустиме неуважне ставлення деяких лекторів до їхніх обов'язків (перепускання лекцій), через що декілька лекцій не відбулося.

Адміністрації курсів запропоновано всіляко не припускати таких явищ надалі.

Всім лекторам запропоновано завчасно підготовляти короткі тези лекцій, щоб курсанти мали змогу знайомитись зі змістом лекцій заздалегідь (2-3 дні до лекції).

Термін навчання на курсах продовжено до 4 місяців.

На курсах навчаються тепер 80 чол.

Резолюція на доповідь про саносвіту в Одеськ. окрузі

Заслухавши доповідь т. Каневського, інспектора Одеської саносвіти, Колегія НКОЗ констатує:

1. Правильний напрям в роботі, скерований на обслуговування робітничої маси та бідняцько-середняцького селянства, переважно в соцсекторі.

2. Одеська саносвіта, намагаючись виявити санітарну самодіяльність мас, висунула та впевнила декілька нових форм та метод, що справдані життям, як доцільні (клюбно-санітарна робота, гігієнічні курси, гігієнічна консультація тощо).

3, Досвід гігієнічної консультації, як нової окремої установи виявився досить вдалий.

4. Одеска саносвіта нагромадила великий досвід, який треба вивчити з метою поліпшення роботи не тільки на Одещині, але й по інших округах.

5. Колегія НКОЗ ухвалила:

1, Перетворити Одеський будинок санітарної культури зі всіма підлеглими йому установами (гіг. консульт. пересувні виставки, клюбно-саніт.) в Інститут санітарної культури (саніт. освіту) обласного значіння.

2. Бюро саносу НКОЗ розробити положення про організацію, завдання та роботу цього Інституту.

3. Передбачити в бюджеті НКОЗ кошти на утримання науково-дослідчої частини Інституту, та асигнувати в цьому 1929-30 р. 5000 крб. на цю мету.

4. Доручити одеській саносвіті провадити підготовку та кваліфікацію саносвітробітників у формі переведення курсів, консультацій тощо.

5. За зразком одеської гігієнічної консультації доручити ОЗІ відкривати гігієнічні консультації не менш одні в кожній окрузі.

6. Найменувати Одеській Інститут санітарної культури ім. академіка Д. К. Заболотного, що був першим директором цього будинку.

(Затверджено НнОЗУ т. Канторовіч)

III. Об'яви.

СПИС Ч. 1.

лікарів, що не виконали своїх зобов'язань перед радянською державою.

Нижчезазначені лікарі, що набули собі кваліфікації коштом держави на курсах Київського Держ. Інституту удосконалення лікарів, зникли невідомо куди, тим самим не виконавши своїх зобов'язань перед державою:

1. **Дунаєвська** Рашель Яковлевна (вип. 1928 р.).
2. **Вержбицький** Сигізмунд Іванович (1928 р.).
3. **Шубабко** Наталя Михайлівна (1928 р.).
4. **Шарканська** Цецилія Йосиповна (1928 р.).

Усі органи охорони здоров'я та мед. сан. установи, в яких працюють згадані особи, або якщо до них вони звернуться, повинні негайно про це повідомити НКОЗ та Київ. Ін-т удосконалення лікарів.

СПИС Ч. 2.

лікарів, що їх розшукує Наркомздоров'я РСФРР.

1. **Худобець** Ілля Федорович.
2. **Часовитина — Колодяжна.**
3. **Столбовський** Василь Андрійович.

СПИС Ч 3.

осіб, що за повідомленням НКОЗ РСФРР не мають лікарської підготовки (самозванців).

1. **Лохман** Микола Іванович.
2. **Даниловіч** Йосип Михайловіч.
3. **Адамій** Ісак Михайловіч.
4. **Леонов** Михайло Пилиповіч.

У разі згадані особи звернуться за одержанням лікарської посади, треба відібрати їхні фалшиві документи, а справи передати до прокуратури.

КОНКУРСИ

I. Оголошується конкурс на заміщення посади ординатора Українського лепрозорія.

Умови: Бажана знайомість на дерматології.

Утримання — 175 карб. на місяць, помешкання, під'йомні.

Заяви з відповідними документами подавати до Українського лепрозорія за адресою: пошт. філія Балаклія на Шевченківщині.

Останній термін подачі заяв — 15 квітня 1930 р.

II. Наркомздоров'я оголошує конкурс на заміщення посади старшого асистента по житловій санаторії, в санітарно-гігієнічному відділі Харківського Сан. Бактеріологічного Інституту.

Умови: Оклад — 125 крб.

Особи, які бажають взяти участь в конкурсі, подають заяви з відповідними документами до орг. інстр. відділу Наркомздоров'я.

Останній термін подачі заяв — 10 квітня 1930 р.

Адреса: Харків, буд. Держпрому, 6 під'їзд, Наркомздоров'я.

ПОДЯКА

Група хорих шахтарів, робітників та службовців висловлюють подяку харківському Ортопедичному інститутові в особі проф. Ситенка М. І. та його асистентів д-ра Новаченка Н. П. та інших за ласкаве й чуле ставлення до хорих робітників, що лікувалися в інституті, за їхню уважність до своєї роботи, через що хорі з покаліченими руками і ногами набули змоги знову стати до варстату, взятися за кайло та плуг і брати участь у будуванні соціялізму в нашій країні.

Хорі: Марaренко Ю., Халін К., Чебаненко А., Фесенко Ѳ., Дун І., Шульга Г., Пугаченко М., Мойсеєв С., Гориславець В., Єгоров М., Журавльов С., Жмура С., Петрищев П., Чугун І., Гармаш М., Гостищев В., Северін Є., Клімов Ф., Свиридов С.

ПРИВІТАННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Ю

із Бердичева Наркому тов. Канторовічу

Пролетаріят Бердичівщини, ввесь медперсонал святкує сьогодні ще одну перемогу на фронті соціялістичного будівництва.

Зібравшися на урочистому відкритті інфекційного відділку, збудованого за останнім словом техніки, обіцяємо бути першими в лавах будівників нового життя й соціялістичного побуту.

Президія урочистих зборів

(*Одержано 25 лютого 1930 р.*)

Відповідальний редактор **С. І. Канторовіч**

Держтрест „Харполіграф" Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 1095 Прим. 2.500.

III-а. Інфекційні захорування по округових містах УСРР за січень 1930 року.

Округові міста	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina	Каплюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Артемівське	41 088	3	—	—	—	1	20	—	208	66	24	2
2. Бердичів	61 734	3	—	—	—	1	—	—	345	12	7	5
3. Біла Церква	43 904	5	—	1	—	2	—	—	127	5	33	3
4. Вінниця	60 424	11	—	1	—	—	—	—	31	17	7	3
5. Глухів	17 436	2	—	1	—	—	1	—	—	16	7	8
6. Гумань	47 186	17	—	2	—	—	3	—	70	28	2	4
7. Дніпропетровське	268 138	92	16	5	—	27	168	—	127	279	79	61
8. Житомир	84 546	9	—	—	—	—	1	—	261	44	57	6
9. Запоріжжя	69 166	6	—	—	—	—	25	—	58	20	14	7
10. Зінов'ївське	73 679	9	1	5	—	2	7	—	250	33	20	2
11. Ізюм	10 793	11	—	1	—	—	27	—	1	5	4	1
12. Кам'янець	34 011	4	1	1	—	1	—	—	2	31	1	4
13. Київ	583 334	81	5	11	—	—	6	—	984	209	100	156
14. Конотіп	35 032	5	1	23	—	—	3	—	92	2	2	1
15. Коростень	15 508	4	—	—	—	—	—	—	1	5	2	—
16. Кременчук	61 332	9	1	1	—	3	140	—	74	43	34	6
17. Кривий-Ріг	40 647	10	—	—	—	4	38	—	148	11	15	1
18. Куп'янське	16 559	4	—	—	—	—	9	—	12	4	—	—
19. Лубні	22 202	2	3	1	—	—	2	—	75	4	2	—
20. Луганське	79 327	18	1	—	—	2	7	—	193	72	36	—
21. Маріупіль	46 901	6	—	—	—	—	25	—	93	50	4	8
22. Мелітопіль	28 826	6	—	—	—	2	6	—	2	5	1	6
23. Миколаїв	112 786	25	1	2	—	—	1	—	178	46	38	5
24. Могилів	24 546	—	—	—	—	1	37	—	10	3	6	2
25. Ніжен	40 972	8	13	3	—	—	9	—	139	19	6	5
26. Одеса	485 683	104	3	27	—	—	63	—	111	166	4	82
27. Першомайське	33 205	5	9	—	—	—	8	—	31	38	1	2
28. Полтава	95 978	4	1	1	—	—	6	—	175	43	8	9
29. Прилука	28 391	3	—	1	—	—	—	—	85	13	1	9
30. Проскурів	33 559	9	—	—	—	—	—	—	78	9	5	5
31. Ромен	27 247	3	—	—	—	—	22	—	95	20	46	10
32. Сталине	145 323	46	—	—	—	1	76	—	60	45	25	4
33. Старобільське	15 337	-	—	—	—	1	28	—	7	14	3	—
34. Суми	46 645	7	1	—	—	—	4	—	469	38	29	6
35. Тульчин	18 456	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2
36. Харків	432 801	48	1	—	—	—	20	—	593	330	35	113
37. Херсон	77 279	15	2	1	—	3	68	—	332	44	1	10
38. Черкаси	48 124	5	—	—	—	—	17	—	32	25	5	—
39. Чернігів	37 822	3	—	1	—	—	—	—	398	14	3	10
40. Шепетівка	18 422	9	—	—	—	—	1	—	5	—	—	1
41. Тираспіль	24 871	3	—	—	—	7	6	—	—	8	45	1
Всього по окрмістах УСРР за сіень 1930 р.	3 489 220	615	60	89	—	58	854	—	5 952	1839	712	560
Всього по окрмістах УСРР за грудень 1929 р.	3 489 220	938	87	59	1	46	772	1	4 323	2006	697	696
Всього по окрмістах УСРР за січень 1929 р.	3 315 186	442	40	55	—	64	946	3	2 091	1342	756	296

Округові міста	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg sic	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cerob.-spin. epid.	Сап Malleus	Теліп Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс 1 Syphilis 1	Сифіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	364	—	—	—	—	—	—	—	30	13	23	4	2	8	34	—	11	16
2. Бердичів	1 620	4	—	1	—	—	—	—	234	332	159	—	—	—	104	—	30	25
3. Біла Церква	51	—	—	—	—	—	—	—	88	72	33	—	—	—	28	—	9	13
4. Вінниця	603	—	—	—	—	—	—	—	333	50	135	4	7	1	239	—	—	43
5. Глухів	2	—	—	—	—	—	—	—	338	20	20	2	—	—	18	1	—	—
6. Гумань	171	—	—	—	—	—	—	—	81	26	76	1	2	1	46	—	15	12
7. Дніпропетровське	2 993	1	1	3	—	1	—	—	1 088	408	96	11	2	25	143	—	87	103
8. Житомир	363	—	—	3	—	—	—	—	54	5	21	—	10	—	23	—	2	24
9. Запоріжжя	116	—	2	1	—	—	1	—	44	1	7	2	1	2	2	—	82	21
10. Зінов'ївське	219	—	—	—	—	—	—	—	442	19	137	5	1	28	165	—	35	34
11. Ізюм	11	—	—	—	—	—	—	—	62	62	30	—	—	—	28	—	4	9
12. Кам'янець	256	—	—	—	—	—	—	—	119	154	41	2	1	—	40	—	1	28
13. Київ	3 476	—	—	7	—	1	2	—	3 181	1442	106	15	35	49	215	—	54	140
14. Конотіп	144	—	—	—	—	—	—	—	152	120	91	4	6	3	61	—	7	21
15. Коростень	103	—	—	—	—	—	—	—	14	11	33	—	—	—	55	—	3	24
16. Кременчук	146	—	—	4	—	—	—	—	207	105	205	5	—	10	141	—	1	38
17. Кривий-Ріг	304	—	—	5	—	—	—	—	24	3	—	—	—	1	10	—	39	9
18. Куп'янське	208	—	—	—	—	—	—	—	14	7	17	—	1	—	5	—	—	9
19. Лубні	14	—	—	—	—	—	—	—	122	39	55	1	2	2	34	—	13	1
20. Луганське	349	1	—	—	—	—	—	2	457	83	199	2	3	—	193	—	37	54
21. Маріупіль	280	—	—	—	—	1	—	—	478	217	25	6	21	6	39	—	29	30
22. Мелітопіль	25	—	—	—	—	—	—	—	60	23	70	17	5	—	193	—	17	38
23. Миколаїв	669	—	—	—	—	—	—	—	1 188	560	296	6	4	61	324	—	30	306
24. Могилів	76	—	—	—	—	—	—	—	29	4	42	—	3	—	27	—	1	29
25. Ніжен	281	1	—	—	—	—	—	—	305	97	29	—	4	—	23	—	—	28
26. Одеса	337	—	—	3	—	2	—	—	1 799	568	665	18	8	51	479	—	33	87
27. Першомайське	73	—	—	2	—	1	—	—	162	63	153	5	4	8	51	—	52	—
28. Полтава	201	—	—	1	—	—	—	—	350	477	119	1	—	9	157	—	2	36
29. Прилука	104	—	—	—	—	—	—	—	148	18	86	2	47	4	63	—	5	14
30. Проскурів	124	—	—	—	—	—	—	—	87	52	87	4	3	5	86	—	13	24
31. Ромен	271	—	—	—	—	—	—	—	76	17	13	1	8	—	10	—	20	4
32. Сталине	366	2	—	3	—	—	—	—	131	22	85	6	8	16	56	—	43	21
33. Старобільське	26	—	—	—	—	—	—	—	39	9	8	—	1	—	10	—	12	16
34. Суми	565	—	—	—	—	—	—	—	834	134	50	4	1	3	123	—	56	29
35. Тульчин	115	—	—	—	—	—	—	—	24	6	31	—	1	—	22	—	14	27
36. Харків	792	1	—	7	—	1	—	—	1 192	542	650	12	8	55	674	—	1	36
37. Херсон	338	5	—	2	—	1	—	1	519	276	49	15	16	—	54	—	80	13
38. Черкаси	246	3	—	1	—	—	—	—	144	114	137	3	2	4	108	—	8	10
39. Чернігів	10	—	—	1	—	—	—	—	305	225	70	—	—	—	134	—	2	10
40. Шепетівка	205	—	—	—	—	—	—	—	167	113	42	6	—	—	83	—	—	11
41. Тираспіль	110	—	—	—	—	—	—	—	53	—	14	—	1	2	14	—	1	22
Всього по окрмістах УСРР за сіень 1930 р.	16727	18	3	44	—	8	3	3	15174	6 509	4 205	164	218	354	4314	1	849	1415
Всього по окрмістах УСРР за грудень 1929 р.	12570	23	3	52	—	13	—	3	5121	2 082	1 513	135	274	308	1800	3	665	1131
Всього по окрмістах УСРР за січень 1929 р.	43184	8	5	36	—	7	—	5	15415	5 358	5 359	213	493	373	4703	1	963	1206

IV. Інфекційні захорування по округах УСРР за січень 1930 р.

ОКРУГИ	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Артемівська	822 405	79	16	2	—	9	252	—	824	353	229	34
2. Бердичівська	761 175	126	6	22	—	30	3	—	1 392	165	90	107
3. Білоцерківська	886 087	115	2	10	—	7	19	—	830	202	163	95
4. Вінницька	795 629	111	7	49	—	24	14	—	547	118	117	47
5. Волинська	722 289	156	2	8	—	22	7	—	725	539	178	48
6. Глухівська	566 111	55	2	2	—	11	93	—	79	166	202	73
7. Гуманська	920 462	134	9	50	—	8	36	—	845	229	99	88
8. Дніпропетровська	1 387 606	229	46	23	1	74	608	—	591	777	287	164
9. Запорізька	573 883	83	—	2	—	19	233	—	510	134	304	45
10. Зінов'ївська	802 244	101	3	6	—	19	141	—	529	293	105	38
11. Ізюмська	394 951	65	—	14	—	5	267	—	412	81	144	27
12. Кам'янецька	549 209	198	1	12	—	6	3	—	29	229	6	96
13. Київська	1 693 547	164	11	22	2	12	50	—	1 936	458	332	217
14. Конотіпська	673 800	89	3	49	1	—	60	—	576	216	131	42
15. Коростенська	543 248	49	2	20	—	7	5	—	157	107	149	38
16. Кременчуцька	812 516	67	3	9	—	17	229	—	1 152	236	104	31
17. Криворізька	601 611	59	8	—	—	28	477	—	655	246	163	34
18. Куп'янська	445 864	46	4	4	—	1	91	—	273	98	137	16
19. Лубенська	580 837	15	7	52	—	8	42	—	585	69	90	15
20. Луганська	671 206	103	6	2	—	11	265	—	736	377	251	14
21. Маріупільська	449 007	24	1	1	—	1	153	—	491	211	199	60
22. Мелітопільська	775 229	73	10	5	1	36	712	—	456	228	119	92
28. Миколаївська	520 738	118	1	3	1	18	64	—	500	164	147	30
24. Могилівська	531 748	83	3	17	—	20	54	—	159	74	78	110
25 Ніженська	483 617	34	19	9	—	—	79	—	404	99	81	38
26. Одеська	948 123	126	3	30	—	25	111	—	361	269	93	107
27. Першомайська	686 416	96	20	16	1	11	17	—	225	248	15	81
28. Полтавська	1 121 502	77	8	58	2	—	336	—	973	305	131	95
29. Прилуцька	522 795	24	—	5	—	3	25	—	242	115	52	69
30. Проскурівська	587 051	43	—	25	2	6	4	—	325	225	50	40
31. Роменська	547 033	27	4	14	—	1	49	—	410	87	197	59
32. Сталінська	750 857	169	2	7	—	22	320	—	530	166	398	40
33. Старобільська	500 872	49	2	8	1	16	235	—	327	115	84	27
34. Сумська	734 236	54	2	53	2	16	105	—	1 833	428	291	71
35. Тульчинська	723 460	27	—	10	—	9	19	—	434	190	28	67
36. Харківська	1 671 018	213	5	35	—	20	552	—	2 216	1132	435	214
37. Херсонська	606 596	132	11	6	—	62	928	—	1 067	214	67	77
38. Чернігівська	544 697	54	1	14	—	—	19	—	851	148	33	75
39. Шевченківська	1 176 529	94	3	35	—	16	73	—	1 205	141	189	43
40. Шепетівська	684 143	83	2	4	—	14	5	—	439	93	18	43
41. АМСРР	593 200	104	7	15	1	36	113	—	750	70	277	49
Разом	30 363 547	3 748	242	728	15	650	6 868	—	27581	9 815	6263	27 56
Залізниці: 1. Південні	—	10	2	2	—	1	80	—	415	84	40	19
Залізниці: 2. Донецькі	—	10	—	1	—	—	86	—	310	69	55	4
Залізниці: 3. Південно-Західні	—	23	—	5	—	1	39	—	516	58	115	63
Залізниці: 4. Катеринівські	—	11	1	3	—	2	73	—	249	71	56	8
Разом	—	54	3	11	—	4	278	—	1 490	282	266	94
Всього по УСРР Січень 1930 р.	30 363 547	3 802	245	739	15	654	7 146	—	29071	10097	6529	2 850
Всього по УСРР Грудень 1929 р.	30 363 547	4 948	338	375	9	714	6 526	20	25916	11771	6088	3 118
Січень 1929 р.	29 885 719	2 244	156	579	9	437	6 726	5	9943	5794	4809	1 512

ОКРУГИ	Грип Influenza	Рівачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. поп. Mening. cereb.-spin. epid	Сап Malleus	Тенія Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	3 466	10	—	—	—	1	—	—	498	83	237	21	23	41	311	3	292	342
2. Бердичівська	2 877	8	—	6	—	—	—	—	786	443	335	26	4	1	198	12	107	293
3. Білоцерківська	1 589	12	—	8	—	4	—	1	792	211	133	2	35	1	96	2	239	241
4. Вінницька	2 961	19	—	2	—	1	—	—	986	127	348	19	69	4	336	2	89	464
5. Волинська	1 553	31	—	4	—	—	—	1	428	35	95	9	49	—	85	—	68	504
6. Глухівська	1 642	9	—	8	—	—	—	—	865	175	196	6	11	—	88	7	118	715
7. Гуманська	1 680	19	2	1	—	4	—	—	614	115	421	4	48	4	160	2	123	210
8. Дніпропетровська	6 007	28	4	4	—	10	—	1	1 643	556	223	37	53	29	274	2	575	858
9. Запорізька	1 519	1	2	1	—	—	2	—	485	50	129	3	57	3	147	—	321	286
10. Зінов'ївська	951	1	—	11	—	6	—	3	1 020	77	476	13	14	38	815	2	339	342
11. Ізюмська	1 059	14	-	—	—	1	—	—	300	101	162	—	2	4	97	1	221	843
12. Кам'янецька	735	2	—	3	—	6	—	—	417	295	125	8	40	—	97	1	24	190
13. Київська	6 279	13	—	17	—	4	2	1	4 616	1 683	312	22	162	53	320	3	460	969
14. Конотіпська	2 148	1	—	7	—	1	2	—	849	184	130	7	19	3	105	2	72	484
15. Коростенська	1 435	3	—	4	—	—	—	—	350	63	169	2	6	—	148	–	52	959
16. Кременчуцька	1 056	5	—	5	—	—	—	1	597	188	414	10	20	11	244	—	211	274
17. Криворізька	2 358	6	2	9	—	3	—	3	506	38	110	10	64	3	109	2	236	425
18. Куп'янська	1 044	13	—	—	—	1	—	—	1 222	39	67	5	34	—	45	6	147	627
19. Лубенська	1 268	—	1	7	—	6	—	—	717	99	151	6	6	2	126	1	146	165
20. Луганська	3 035	50	—	2	—	1	—	2	916	136	354	16	38	8	426	—	135	388
21. Маріупільська	1 594	9	—	—	—	6	—	—	775	230	58	8	36	8	93	—	286	302
22. Мелітопільська	1 773	11	1	5	—	11	—	—	741	78	218	32	18	1	373	—	450	788
28. Миколаївська	1 418	12	—	5	—	5	—	1	1 402	611	347	11	11	63	366	4	107	552
24. Могилівська	1 099	15	—	—	—	6	—	—	280	55	383	1	21	3	105	1	31	211
25 Ніженська	1 541	3	—	4	—	4	—	1	715	145	68	2	17	—	37	—	70	309
26. Одеська	1 893	2	1	6	—	7	—	—	2 230	612	745	19	10	51	528	—	246	365
27. Першомайська	1 172	10	1	6	—	9	—	—	434	111	304	5	22	16	137	2	167	168
28. Полтавська	3 355	13	—	10	—	6	—	1	1 120	659	402	5	6	12	369	2	275	804
29. Прилуцька	793	4	2	5	—	3	1	1	758	84	248	5	99	4	115	4	175	124
30. Проскурівська	640	5	1	2	—	—	—	—	335	144	137	4	12	8	147	1	38	190
31. Роменська	1 319	2	—	—	—	5	—	1	473	49	81	10	33	—	41	—	104	216
32. Сталінська	3 659	23	—	3	—	7	—	—	1 104	376	539	14	17	34	312	1	398	386
33. Старобільська	935	23	—	2	—	3	—	1	368	104	155	6	69	—	175	—	147	3179
34. Сумська	3 175	3	—	1	—	1	—	—	2 168	322	326	5	4	3	256	—	541	710
35. Тульчинська	1 207	6	—	—	—	14	—	—	497	142	450	6	29	2	111	3	80	226
36. Харківська	6 148	41	—	14	—	4	—	—	2 902	888	1044	56	171	68	840	1	818	2674
37. Херсонська	2 130	27	2	2	—	16	—	2	1101	316	127	23	49	7	109	4	234	360
38. Чернігівська	1 110	2	—	8	—	5	—	—	654	260	81	1	6	—	158	2	54	436
39. Шевченківська	1 443	9	—	5	—	3	—	—	1 450	336	513	32	48	7	269	7	325	516
40. Шепетівська	1 054	4	—	1	—	2	—	—	711	276	186	11	34	2	158	1	39	362
41. АМСРР	1 665	22	—	8	—	9	—	2	749	84	242	10	27	12	207	5	69	339
Разом	83 785	496	19	186	—	175	7	23	39574	10580	11241	492	1 493	506	8 633	86	8 629	20796
Залізниці: 1. Південні	1 518	—	—	—	—	—	—	—	1 055	356	137	14	11	24	94	—	58	112
Залізниці: 2. Донецькі	1 089	1	—	—	—	—	—	—	273	26	123	15	20	16	128	—	70	72
Залізниці: 3. Південно-Західні	2 768	—	1	—	—	—	—	—	532	150	447	33	53	43	349	—	30	149
Залізниці: 4. Катеринівські	1 693	1	—	—	—	—	—	—	210	44	116	20	42	6	115	1	43	130
Разом	7 068	2	1	—	—	—	—	—	2 070	576	823	82	126	89	686	1	201	463
Всього по УСРР Січень 1930 р.	90 853	498	20	186	-	175	7	23	41644	11156	12064	574	1 619	595	9 319	87	8 830	21259
Всього по УСРР Грудень 1929 р.	69 555	573	21	133	—	208	1	27	17828	4 707	3 972	372	903	491	4 446	61	5 597	18265
Січень 1929 р.	180450	417	24	129	—	180	3	25	38018	9 564	12347	560	1 724	507	10117	64	7 378	22248

У.К.П

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку", „Картковому репертуарі" та інших покажчиках Української Книжкової Палати

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка". Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 8 | 25 квітня 1930 року | № 8

Центр. Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

Зміст

ПОСТАНОВА ЦК ВКП(б) „ПРО МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ РОБІТНИКІВ І СЕЛЯН".

I. Постанови робітничо-селянського уряду. 84. Про зміну арт. 4 „Про забезпечення застрахованих і членів їхніх родин медичною допомогою". 85. Про розподіл курортних і санаторних місць між групами трудящих.

II. Розпорядження НКЗдоров'я. Організаційна частина: 86. Про роботу лікарських бригад, що відїжджають на села. 87. Про утворення в інститутах комісій сприяння й про шефство. 88. Про відміну адміністративних заходів ліквідації приватної практики. 89. Про уважне ставлення до лікарів, що їх напрямлюють на периферію. 90. Про поліпшення матеріяльно-побутових умов робітників радгоспів. 91. Про поліпшення обліку проф. захорувань. 92. Про здачу утилю місцевим філіям Утильзбору. 93. Інструкція НКОЗ і НКП про перехід медсанустанов на 5-денний безперервний тиждень. 94. Про порядок оголошення конкурсів. Лікувально-профілактична частина. 95. Про лікпрофдопомогу усуспільненому секторові села (додано інструкцію). 96. Про поширення пунктів першої допомоги (додано постанову РНК УСРР). 97. Про медобслуговування членів промкустстрахкас. 98. Про запровадження боротьби з пістряком. 99. Про мобілізацію коштів промисловости на будівництво медсанустанов. Санітарно-епідемічна частина. 100. Про те, щоб не припускати зняття промсанлікарів з фонду меддопомоги. 101. Про медсанобслуговування переселенців на залізницях. Охматдит. 102. Договір про організацію ясел по радгоспах Союзцукру. Саносвіта. 103. Про курси в справі організації та методики саносвіти. 104. Висновки про роботу Київської саносвіти.

III. Із діяльности НКЗдоров'я та його відділів. 1. Перегляд п'ятирічного пляну здоровоохорони. 2. Про боротьбу з висипним тифом. 3. Про забезпечення промисловости пунктами першої допомоги. 4. Про використання сум, асигнованих на лікарняне будівництво в заводах м. Маріуполя. 5. Про стан судово-медичної справи на Україні. 6. Забезпечення периферії лікарським персоналом. 7. Про утворення нового мед. ВИШ'у. 8. Про скорочення терміну навчання на курсах ОХМД та ОЗДП. 9. Із діяльности ради соц. патології та гігієни. 10. Секція соц. міст, соц. сектора на селі та колективізації побуту. 11. Про безплатні й пільгові курмісця військовим службовцям. 12. Про використання коштів за платні абортні ліжка.

Привітання Наркомздоров'ю.

IV. Об'яви про конкурси.

V. а) Інфекційні захорування по округах УСРР у лютому 1930 р. б) Теж по окрмістах УСРР.

ПРО МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ РОБІТНИКІВ ТА СЕЛЯН.

ПОСТАНОВА ЦК ВКБ(б).

Констатуючи, що радянська медицина, в боротьбі з реакційними елементами дореволюційної медицини, має великі досягнення, ЦК вважає, що нові завдання реконструктивної доби вимагають корінної перебудови роботи Наркомздоров'я союзних республік, ЦК відмічає, що теперішній стан роботи Наркомздоров'я на практиці не забезпечує переведення до життя директив партії.

Темп розвитку справи охорони здоров'я значно відстає від зросту всього народнього господарства країни та потреб робітничої кляси й селянства, кволо розгорнено громадськість в роботі органів охорони здоров'я, зовсім недостатня участь в їх роботі профспілок, особливо спілки медсантруд, недостатня увага з боку місцевих партійних та радянських організацій до питань охорони здоров'я, кволий керівний апарат органів охорони здоров'я зокрема мало робочих і, зрештою, незадовільне керівництво з боку Наркомздоров'я союзних республік їх місцевими органами.

Виходячи з цього ЦК вважає за потрібне:

1. Наркомздоров'ям союзних республік ґрунтовно перебудувати всю практичну роботу в галузі охорони здоров'я, чіткіше відбиваючи в ній клясову пролетарську лінію.

Поліпшити лікувальну та профілактичну допомогу в промислових центрах, виділивши в окрему групу індустріяльні райони (гірна металюргійна промисловість і т. інш.). В п'ятирічному пляні охорони здоров'я окремо забезпечити медичне обслуговування застрахованих.

Вважаючи на перехід на сьомигодинний робітний день та на безперервний виробничий тиждень, побудувати роботу лікувально-санітарних установ, що обслуговують потреби робітників (організація вечірніх прийомів, поширення пунктів першої допомоги, вижиття черг в лікувальних установах, пристосування та організація ясел і т. д.).

Зважаючи на особливо тяжкий санітарний стан Донбасу, Кузбасу та Уралу, запропонувати Раднаркомам СРСР, РСФРР та УСРР провести низку широких заходів щодо санітарного оздоровлення цих районів.

2. Вважаючи на велику нестачу медичної допомоги на селі, особливо щодо обслуговування бідняцько-батрацьких мас, ЦК пропонує Наркоздоров'ям союзних республік намітити плян систематичного поширення сільської лікувальної сітки.

Розгорнення роботи на селі треба ув'язати з колгоспним та радгоспним будівництвом, що охоплює широкі маси батраків, бідняків та середняків.

3. Визнаючи за невідкладне завдання корінне поліпшення складу кадрів народньоїо хорони здоров'я, ЦК вважає за потрібне:

а) взяти рішучий курс на оробочування апарату, висуваючи до органів охорони здоров'я робітничий і селянський актив;

б) констатуючи чимале скупчення медичних робітників та закінчуючих медвузи у великих міських центрах, за різького недохвату їх на селі і фабрично-заводських селищах, ЦК вважає за потрібне, щоб Наркомпраці СРСР спільно з Наркомздоров'ями союзних республік та ЦК спілки медсантруд, провели в місячний термін заходи, що забезпечують використання цих робітників на селі.

4. Враховуючи дуже малу участь радянського суспільства в справі охорони здоров'я, ЦК підкреслює потребу більшої участи радянських, професійних і страхових організацій у справі організації охорони здоров'я шляхом пожвавлювання роботи секцій рад по охороні здоров'я, здоровосередків на підприємствах та комісій по охороні праці при ФЗМК, комісій по оздоровленню праці та побуту при лікувально-профілактичних установах, житлово-санітарних комісій, пожвавлення діяльности економнарад органів охорони здоров'я, заохочування соціялістичного змагання і більшого притягнення до роботи делегатських зборів робітниць і селянок.

Одночасно ЦК вважає, що Наркомздоров'я союзних республік мусять провести рішучу боротьбу за підвищення трудової дисципліни серед медично-санітарних робітників, а ЦК спілки медсантруд — збільшити притягнення медробітників до соціялістичного будівництва (участь в економроботі, соціялістичне змагання тощо), всебічно зміцнюючи в їхніх лавах трудову дисципліну. В той же час ВЦРПС повинна збільшити боротьбу серед членів профспілок із нетовариським ставленням до лікарів з боку хворих.

5. Раднаркоми союзних республік повинні розробити конкретні заходи, що забезпечували б поліпшення роботи Наркомздоров'я відповідно до директив партії та розгортання медично-санітарного будівництва відповідно до потреб реконструктивної доби та радгоспного будівництва. Треба рішуче усунути випадковість і кустарництво в цій роботі, здійснити пляновість, розробивши п'ятирічний і відповідно річний плян, забезпечуючи їх потрібними фінансовими і матеріяльними коштами.

18-XII-1929 р.

ПОСТАНОВИ РОБІТНИЧО-СЕЛЯНСЬКОГО УРЯДУ

84. Про зміну арт. 4 постанови „Про забезпечення застрахованих і членів їхніх родин медичною допомогою".

Всеукраїнський Центральний Виконавчий Комітет і Рада Народніх Комісарів УСРР постановили:

I.

Арт. 4 своєї постанови в 21 вересня 1927 р. „Про забезпечення застрахованих і членів їхніх родин медичною допомогою" (Зб. Уз. УСРР 1927 р. № 46, арт. 210) ухвалити в такій редакції:

„4. для попереднього розгляду плянів і кошторисів до фондів медичної допомоги застрахованим скликають бюджетові наради при Народньому комісаріяті охорони здоров'я УСРР, Народньому комісаріяті охорони здоров'я АМСРР і округових інспектурах охорони здоров'я. До складу наради при Народньому комісаріяті охорони здоров'я УСРР ввіходять: член колегії Народнього комісаріяту охорони здоров'я (голова наради), два представника від Всеукраїнської ради професійних спілок і по одному представнику від Головної управи соціяльного страхування та Народнього комісаріяту фінансів. До складу наради при Народньому комісаріяті охорони здоров'я АМСРР ввіходять: член колегії Народнього комісаріяту охорони здоров'я (голова наради) і по одному представнику від органу соціяльного страхування АМСРР, Народнього комісаріяту фінансів АМСРР і Молдавської краєвої ради професійних спілок. До складу нарад при округових інспектурах охорони здоров'я ввіходять: округовий інспектор охорони здоров'я (голова наради) та по одному представнику від округового страхового органу, округового фінансового органу й округової ради професійних спілок.

Плян й кошториси до фондів медичної допомоги застрахованим затверджує Рада народніх комісарів УСРР, Рада народніх комісарів АМСРР і округові виконавчі комітети — кому належить".

II.

Цю постанову видається відповідно до постанови Ради народніх комісарів Союзу РСР з 14 жовтня 1929 р. „Про зміну арт. 40 тимчасової устави про фонди соціяльного страхування" (Зб. Зак. СРСР 1929 р, № 66. арт. 622).

Харків, 14 лютого 1930 р.

Голова Всеукраїнського центрального виконавчого комітету *Г. Петровський.*

Голова Ради народніх комісарів УСРР *В. Чубар.*

Заст. Секретаря Всеукраїнського центрального виконавчого комітету *К. Горлинський.*

(Надрук. у газеті „Вісті" з 20 березня 1930 р.).

85. Про розподіл курортних і санаторних місць між групами трудящих.

До всіх окрстрахкас, здоровважділів та ОРПС.

1. Щоб поліпшити перепуск робітників з виробництв через буд. відпочинку, санаторії й курорти за страхові кошти й фонд меддопомоги, всі раніш видані постанови про прирівнення інших категорій праці до робітників з виробництв касуються,

2. При розподілі неплатних місць до будинку відпочинку, санаторій і курортів, встановлені такі норми надіслання різних груп застрахованих: 80% всіх місць для робітників з виробництв і 20% — для службовців.

3. За нормою, встановленою для робітників з виробництв треба посилати на санаторно-курортне лікування та до буд. відп.;

а) робітників з виробництва (робітників фабрик і заводів),

б) всіх робітників з виробничих підприємств (комунальних і інш.). що проходять за робочою тарифною сіткою, в) всіх робітників залізничого, водяного й місцевого транспорту, що проходять за робочою тарифною сіткою, г) інженерно-технічний персонал, що працює безпосередньо на виробництві й проходить за тарифною сіткою для фахівців.

4. Пропонуємо Вам, відповідальних робітників професійних, страхових і інших організацій посилати за страхові кошти до буд. відпочитку, санаторій і на курорти за нормами, встановленими для службовців, тоб-то виходячи з 20%.

5. Опріч того пропонуємо Вам завести пильне стеження за виконанням цих правил і за порушення притягти до відповідальности тих, що неправильно розподіляють страхові подорожні.

6. Згідно з постановою президії ВЦРПС, за висуванцями зберігається всі їхні привілеї, як робітників з виробництв, на протязі 3 років з дня висування на партійну, професійну або радянську роботу.

При розподілі неплатних місць до буд. відп., санаторій й курортів за нормою, встановленою для робітників з виробництв, треба посилати на санаторно-курортне лікування й до буд. відпочинку: а) висуванців—робітників з виробництв (робітників фабрик і заводів), б) висуванців—робітників з виробничих підприємств (комунальних тощо), що висування проходили за робочими тарифними сітками, в) висуванців—робітників залізничого, водяного й місцевого транспорту, що до висування проходили за робочою тарифною сіткою.

7.—Відповідальність за точне й своєчасне виконання цих директив покладається безпосередньо на голів окрстрахкас.

Заст. зав. Головсоцстраху *Ковалік.*

Погоджено: з ВУРПС (*Ісаєв*) і НКОЗ (*Кушнір*).

(Об. лист НКПраці—Головсоцстраху ч. 60210 з 3 лютого 1930 р.

II. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я.

86. Про роботу лікарських бригад, що від'їжджають на села.

До всіх окрздоровінспектур, Медсанупрів, НКОЗ АМСРР, Зінов'їського і Винницького ОВК'іві.

В обіжному листі про налагодження звітности окружних інспекторів охорони здоров'я серед мас трудящих (див. бюлетень № 1-2—1930 року) Наркомздоров'я вже раз підкреслив велике значіння, що має розповсюдження серед трудящих вірного уявлення змісту, напрямку й характеру діяльности ОЗІ, РЗІ та лікустанов радянської країни.

Через такі звіти та обговорення їх на широких зборах трудящих досягається не тільки механічни оповіщення їх про роботу органів здоровоохорони, але також і збираються побажання, вимоги, скарги, пропозиції в порядку найширшої самокритики.

Тепер, у період розгорнення засівної кампанії, величезного зростання колективізації сільського господарства на медсанробітників міст, на всіх робітників здоровоохорони покладається найважливіший політичний і виробничий обов'язок стати безпосерденім спільником теії величезної перебудови господарства, побуту й життя сільського життя, що стає тепер.

Багаточисленні колективізовані господарства потрібуть негайної постійної допомоги з боку досвідчених людей. І медично-санітарним робітникам треба вкласти свою значну лепту в цю справу.

Поряд ззходів, що вживають НКОЗ та окрздоровінспектури, як провідні органи, треба зворушити й саму лікарську суспільність, щоб вона своїми знаннями й досвідом допомогла колективізованому селу. Ця допомога повинна насамперед полягати в безпосередній участі в медсанобслуванні сільських комунарів, артільників й спільників колгоспів та їхніх сімей.

Медична допомога, що її надаватимуть досвідчені лікарі-учасники лікарских бригад підчас відвідування ними сільських місцевостей, поряд простої своєї користи (за невиданою для дальних кутків кваліфікацією), дасть іще багато позитивного в розумінні піднесення кваліфікації місцевих лікарських сил.

Звичайно, найкращими будуть наслідки тоді, коли лікарі. що виїжджають, так сплянують свої виїзди й звичайну роботу, щоб надати перебуванню на селі більш менш тривалий характер. Це безперечно сприятиме тому, що лікарі матимуть змогу поряд збільшення маштабу роботи простежити до деякої міри виконання їхніх порад, консультацій тощо.

Паралельно лікувальній роботі бригада повинна провадити санітарну й освітню роботу. На селі в цих галузях, звичайно, роботи—сила. Санітарний мінімум, що його виробив НКОЗдоров'я (див. окремий обіжник про санобслуговування соц. сектора села), зрозуміло, із потрібними залежно від місцевих умов додатками й змінами—треба провадити настійним, а подекуди й впертим чином. Усуспільнення господарства безперечно полегшить роботу що до успішного запровадження таких заходів, як елементарне налагодження річей хатнього доброустрою (хвірточки на вікнах, перевстаткування пічей, звільнення житлових помешкань од худоби, хатньої птиці тощо).

Нарешті, щільно поруч медичної роботи стоїть культосвітня, зокрема саносвітня робота—насамперед ліквідація санітарної неписьменности. Користуючи с тих тез, що їх надіслав НКОЗ, а також опрацьованих на місцях, лікарські бригади мають змогу й повинні розгорнути якнайширшу роботу.

Проте, санітарну письменність та освіту неможна ні в якій мірі відокремити від загальної та політичної освіти, що загалом дасть міцний ґрунт на утворення активу здоровоохорони, здійснить самодіяльність мас і допоможе дати справі здоровоохорони справжньо-здоровий пролетарський напрямок.

Неможна тут перелічувати теми доповідей, лекцій та інших заходів, цієї культроботи, але досить згадати, що поруч суто-медичних (лікувальних, профілактичних, санітарних) тем, на першим пляні стоять такі питання, як агітація за успішні хлібозаготівлі, сплати сільгосподатку, внесків окладного страхування, передплата державних позик, пропаганда роботи державних ощадкас, боротьба з алкоголізмом і безліч інших. Звичайно, на цей час на першу чергу висувається робота сприяння засівній кампанії.

Щодо організаційних заходів, НКОЗ пропонує такі такі настановлення:

а) утворювати бригади переважно спільно з робітничими організаціями, прагнучи того, щоб на чолі бригади було настановлено робітника.

б) Скласти докладний (на тривалий час) плян об'їзду колективізованих районів, надаючи перевагу районам суцільної колективізації.

в) Прикладний склад бригади: робітник-організатор, 2-3 лікарі (з них 1 терапевт та 1 хірург, або, якщо можна, хірург-гінеколог), третій лікар—залежно від місцевих особливостей—окуліст, венеролог або педіятр. Із середнього персоналу до складу бригади треба приєднати одну сестру та одну акушерку.

г) Поряд цих загальних бригад у місцевості, де цього вимагає місцевий стан, відряджувати спец-загони—протималярійні, протитрахоматозні, щепільні тощо.

д) Усю роботу бригад провадити за безпосереднім доглядом здоровінспектур.

При цьому прагнути того, щоб не було погіршувано обслуговування робітників міста та їхніх семей. Щож до обслуговування незастрахованих, його можна скоротити до можливого мінімуму.

Поруч цього можна, якщо цього вимагатимуть обставини, до деякої міри скоротити обслуговування груп службовців, що мають високу зарплату спеціяльними видами лікувальної допомоги.

є) Використовувати кошти господарських організацій, що об'єднують колгоспи та радгоспи, домагаючись на потрібні випадки тривалих або одноразових асигнувань.

ж) Використовувати перебування бригад у селах для запровадження короткотермінових (2-3 денних) курсів першої допомоги, догляду хворих, елементарних санзаходів та інш.

з) Нарешті роботу бригад треба провадити, щільно зв'язуючись із місцевими сільськими осередками (їх багато) Червоного Хреста, ТСО-Авіяхему та інш.

Наркомздоров'я, давши тут основні настановлення, вимагає, щоб окрздоровінспектури приклали всі зусилля, щоб надати утворенню бригад та їхній роботі активний та громадський характер, стежачи за найбільшим притягуванням пролетарської суспільности.

Облік роботи (короткі звіти до НКОЗдоров'я) є обов'язковий один раз на місяць. НКОЗ перевірятиме виконання цього.

За Наркомздоров'я *Хармандар'ян*

Зав орг. інстр. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-32 з 22 березня 1930 р.)

87. Про утворення в інститутах комісій сприяння. Про шефство.

До всіх наукових інститутів НКОЗУ

Копія до окрздоровінспектур: Харківської, Київської, Дніпропетрівської, Одеської, Чернигівської та Сталінської.

Незважаючи на те, що з дня, коли НКОЗ склав свої пропозиції науковим інститутам про посилення їхнього зв'язку з промисловістю й з робітництвом минуло вже два місяці, роботу цю зрушено надто незначно. До останнього часу принаймні НКОЗ має відомості про утворення виїзних наукових конференцій на підприємствах тільки від небагатьох інститутів (Харків, венерол. інститут — тричі, Одеський Венінститут — 1 раз, Київські інститути тільки розпочали роботу в цьому напрямку, Харківський Рентгенінститут тільки розпочав свою роботу серед робітництва).

Становлячи вищезазначене питання, НКОЗ мав на увазі подвійну мету, і найбільшу популярізацію роботи наукових закладів НКОЗУ серед мас трудящих, зробивши досягнення науки їхнім майном, здобування дійсних відомостей про їхні потреби й запити, а з другого — наступне пристосування досягнень науки й досліджень до цих потреб і запитів.

Перші спроби, що зробили цим напрямком інститути, дуже задовільні, а уважне ставлення робітників доводить, наскільки цікавляться вони роботою інститутів.

Тепер НКОЗ ставить також конкретне питання про забезпечення провідної ролі робітництва в роботі наших інститутів.

Цього можна досягти за двох умов: за організацією в інститутах постійних робітничих комісій сприяння роботи та шефства підприємств над науковими інститутами.

Щоб організувати ці найважливіші заходи, треба інститутам утворити безпосередній зв'язок із підприємствами (в цій справі інститутам

станутъ на допомогу Окрздоровінспектури через окрпрофради та партійні організації й домогтися, щоб на загальних зборах або конференціях робітників одного або кількох підприємств обрали комісію сприяння роботі інституту. Цю комісію треба постійно притягати до повсякденної роботи інституту, доручаючи участь у запровадженні тих або інших заходів, догляд виконання плянів тощо.

Зважаючи на специфічність обставин і роботи інститутів, звичайно, робітничій комісії сприяння спершу буде важко виявити дійсну участь у роботі.

Отже, свідомість наукових робітників дасть потрібний зміст роботі та її справжнє активізування.

Другим теж, гарним засобом дійсно активізувати участь робітництва та його вплив на роботу мусить стати шефство над інститутами. Окрздоровінспектури повинні подбати через відповідні органи, щоб утворити це шефство а потім перетворити його в постійний зв'язок та органічні ділові зносини напрямком пристосування роботи інститутів на обслуговування інтересів робітників, детальнішого вивчення умов праці і звичайно, вироблення потрібних заходів оздоровлення умов праці, усунення профшкідливостей тощо.

Так само треба всіляко сприяти запровадженню взаємного ділового і культурного шефства інститутів над підприємствами.

Тут за умови вдалого вибору підприємства, що його умови роботи є складовою частиною спеціяльности інституту, можна досягти чималих наслідків. За таких умов можна сподіватися ґрунтовного зосередження вивчення захорувальности на соціяльні, професійні, виробничі хороби, травматизму тощо.

За постановою колегії з 5 лютого ц. р. згадані в цьому обіжникові заходи наші інститути за безпосередньою активною допомогою ОЗІ повинні якнаскоріше провести в життя.

Тією самою постановою на інститути покладено обов'язок повідомляти НКОЗ про хід цієї роботи, надсилаючи звіти, резолюції, зведені матеріяли тощо.

Отже керівникам інститутів та ОЗІ пропонується взяти до неухильного виконання згадану постанову. На 10 квітня ц. р. НКОЗ очікує одержати перші пляни вашої роботи в такому напрямі на термін до 1 жовтня 1930 р. та звітні відомості про запровадження в життя згаданих тут директив і вказівок.

За Наркомздоров'я *Хармадар'ян*

Зав. орг. інстр. Відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ 7-15 з 20 березня 1930 р.)

88. Про відміну адміністративних заходів ліквідації приватної практики

До всіх окрздоровінспектур, МСУпрів, до НКОЗ АМСРР. Копія — ВУК МСТ

За відомостями НКОЗдоров'я по деяких округах спостерігались з боку окрздоровінспектур випадки заборони лікарям приватної практики, всупереч існуючого законодавства УСРР (Пост. РНК УСРР з 17 квітня 1924 р.—Зб. Узак. УСРР 1924 р. № 10. арт. 94) та без будьяких директив з боку НКОЗ:

Отже Наркомздоров'я пропонує всім окрздоровінспектурам, коли вони видали які б то не було розпорядження про заборону практики, негайно такі розпорядження відмінити.

Одночасно НКОЗ звертає увагу на неприпустимість адм. натискування на лікарів в напрямку припинення ними приватної практики.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Зав. орг.-інстр. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-30 з 28 березня 1930 р.)

89. Про уважне ставлення до лікарів, що їх направляють на периферію.

До всіх окрздоровінспектур

В цей час Наркомздоров'я разом із НКПраці, на підставі постанови директивних органів провадить кампанію щодо напрямлення з великих центрів лікарів безробітних, понадштатних та інших категорій до округ. За відомостями НКОЗУ по деяких округах органи охорони здоров'я не ставляться до цих лікарів досить уважно, в наслідок чого деякі лікарі повертаються, мотивуючи тим, що їм не надають тих посад, на які їх напрямили, не надають кватир тощо.

Отже, Наркомздоров'я категорично пропонує вжити всіх заходів до того, щоб лікарям, що приїжджають до округ за нарядами НКОЗ та НК Праці, було утворено відповідні умови їх роботи. Зокрема, НКОЗУ нагадує, що прийом цих лікарів на роботу та залишення їх в окрузі є обов'язковим для органів охорони здоров'я, які цілком відповідають за те, щоб кампанію напрямлення лікарів на периферію не було зірвано недбалим ставленням до цієї важливої справи.

Крім того, згідно з інструкцією НКПраці та НКОЗ № 40602 з 13/I-1930 р. цим лікарям окрздоровінспектури повинні виплачувати підйомні розміром місячної зарплатні, добові та вартість переїзду.

Зав. Наркомздоров'я УСРР *Хармандар'ян*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ ч 7-2 з 25 березня 1930 р.)

90. Про поліпшення матеріяльно-побутових умов робітників радгоспів

До всіх окрздоровінспектур. До НКОЗ АМСРР.

На засіданні президії ВУЦВК'у з 5 лютото ц. р. (протокол — ч. 34-426 з 4 березня — п. 7) ухвалено таке: З метою поліпшити матеріяльні та побутові умови робітництва в радгоспах зобов'язати всі радгоспоб'єднання до кінця 1931-32 р. повністю задовольнити житлові потреби штатних і сезонних робітників. Поточного року вжити заходів до належної організації харчування. Поширити на радгоспи УРГО та ЦКТ постанову ВУЦВК'у та РНК з 20 березня 1929 р. про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями у промислових районах:

Повідомляючи про це, НКОЗ пропонує, ґрунтуючись на зазначеній постанові, надалі якомога повніше та енергійніше домогатися від госпорганів, щоб запроваджували вони оздоровні та протиепідемічні заходи, так виділяючи потрібні асигнування з їхніх кошторисів, як і вносячи кошти на цю потребу до промфінплянів сільсько-господарських підприємств.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

За зав. сан. епід. відд. *Єфімов*

(Об. розп. НКОЗ ч. 30 з 16 березня 1930 р.)

91. Про поліпшення обліку профзахворувань.

До всіх окрздоровінспектур.

Не зважаючи на неодноразові розпорядження Наркомздоров'я на місця про поліпшення обліку профзахворувань і зокрема на телій, до цього часу з відомостей не видно тієї кількости випадків телію серед робітників, на що можна було б чекати.

Проте відомості про захворування на телій серед населення свідчать про можливість захворування на цю хоробу поміж робітників, що працюють зі шкірою, вовною та іншими небезпечними на телій сировиною та матеріялами.

Так, лише за липень 1929 р. було зареєстровано 385 випадків на телій.

Це вказує на неприпустиме ставлення медико-санітарних установ до спеціяльної реєстрації випадків телію у робітників, що в свою чергу не дає можливости вживати заходів щодо попередження та боротьби з розповсюдженням телію.

Ці хиби треба негайно усунути, для чого вам належить:

1. Виявити спільно з органами охорони праці всі виробництва та роботи, що небезпечні на телій та мати такі на особливому обліку.

2. Запропонувати медично-санітарним установам провадити спеціяльну реєстрацію випадків телію та заповнювати термінові повідомлення за формою „Д", що передбачено інструкцією НКОЗ та НКПраці УСРР (надруковано в бюлетені НКОЗ № 21 арт. 317, 1928 р.)

3. Запропонувати промсанлікарям (або санлікарням) обслідувати кожний окремий випадок телію серед робітників та вживати відповідних заходів.

Про вжиті заходи пропонуємо повідомити.

Заст. Наркомздоров'я *Кустеляк.*

Зав. сан. епід. відділу *Марзеєв.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 31 з 27 березня 1930 р.).

92. Про здачу утилю місцевим філіям Утильзбору.

До всіх держбюджетових установ і медсануправ; копія до Укрутильзбору.

Період реконструкції всього господарства СРСР вимагає максимальної мобілізації всіх можливих ресурсів і в першу чергу з цією метою треба використовувати усякого роду утиль, що йде, як сировина, на постачання промисловости та для експорту.

Отже, Наркомздоров'я категорично запропоновує ввесь утиль, що є в установах, якто паперобрак, лом металу, кістки, бій скла і т. ін. не знищувати, а про наявність такого повідомляти місцеві контори або склепи Укрутильзбору, які й будуть забирати цей утиль.

Про нездатну санітарну білизну, одяг і спецодяг повідомляти також зазначені контори або склепи після 25 квітня ц. р., себ-то після закінчення строку договору с УЧХ, з яким НКОЗ склав договір на здачу нездатної білизни, одягу й спецодягу строком на один рік.

За здані речі органи Укрутильзбору сплачуватимуть готівкою гроші за лімітними цінами, що їх встановив НКТ або окрторги, франко—місце знаходження утилю.

Установи, яким надано право мати спеціяльні кошти, зараховують одержані гроші до своїх коштів за статею „інші вступи", а решта установ—здають одержані гроші на прибуток скарбу.

Органи Укрутильзбору зобов'язані інструктувати вас у тому, як концентрується та зберігається утиль до забору такого.

В розвинення цієї пропозиції установами належить негайно скласти відповідні договори з органами Утильзбору.

Про виконання цього повідомте до першого квітня ц. р.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний.*

Зав. фін. кошт. відділу *Водкін.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 12/9 з 17 березня 1930 р.).

93. ІНСТРУКЦІЯ

Наркомпраці та Наркомздоров'я „Про перехід медичносанітарних установ на 5 денний безперервний тиждень".

(Видано на розвиток постанови РНК СРСР з 25 листопада 1929 року.)

1. На безперервний п'ятиденний тиждень (4 дня роботи й 5-й день відпочинку) насамперед переводиться медично-санітарні установи в містах, промислових районах та окремих робітничих селищах.

2. У місцевостях, що їх зазначено в п. І, підлягають переводу на безперервний п'ятиденний тиждень такі медсанустанови, що обслуговують промислові підприємства, що перейшли на п'ятиденний безперервний тиждень:

а) амбуляторії, б) поліклініки, в) пункти першої допомоги, г) пункти допомоги на дому, д) ясла, е) консультації, ж) молошні кухні, з) лябораторії, і) аптеки, и) диспансери, к) прищепні пункти, л) дезвагони та дезпункти, м) санітарний догляд, н) нічні та денні санаторії.

Примітка: Санітарний догляд та прищепні пункти переводяться на безперервний п'ятиденний тиждень лише там, де є не менш 2 лікарів. Консультації, що мають 2 лікарів, обов'язково переводяться на безперервний п'ятиденний тиждень ті консультації, де є тільки 1 лікар, переводяться на безперервний тиждень у разі, що будуть вишукані можливості на заміщення лікаря.

3. Лікарні та інші стаціонарні установи. а також науково-практичні інститути та інші міські установи, що не перелічені в п. 2, переводяться на безперервний п'ятиденний тиждень лише в тому разі, коли це не викликає додаткових асигнувань та не вимагає додаткового штату медичного персоналу.

Примітка: У науково-практичних інститутах НКОЗ, з окремого дозволу НКЗдоров'я можна встановити також і п'ятиденний тиждень (не безперервний).

4. Сільські медсанустанови, що утримуються коштами районного бюджету, переводяться на безперервний тиждень лише там, де на участку є не менш трьох лікарів. Перевід провадить окрздоровінспектура за вимогами райвиконкому, який повинен асигнувати в цьому випадкові відповідні кошти, що їх потрібно для збільшення допоміжного персоналу.

Примітка: Профілактичний день у сільських медустановах, що перейшли на п'ятиденний тиждень, провадиться один раз на декаду.

5, Перевід медсанустанов треба провадити, забезпечивши їхню безперебійну роботу зокрема забезпечивши їх потрібним персоналом.

6. Переводячи на безперервний п'ятиденний тиждень медпункти першої допомоги, треба забезпечити обслуговування всіх змін. У разі браку лікарів для всіх змін, зокрема на медпунктах з одним лікарем, на медпункті треба збільшити відповідно кількість лікпомів.

7. В амбуляторіях та поліклініках невеликих промислових селищ, де неможна запросити лікаря для заміни вихідних лікарів за таким фахом, як рентгенолог, очник, ляринголог та інші, для таких фахівців, в залежності від місцевих умов, за погодженням з місцевими профспілковими органами, щоб не погіршувати медсанобслуговування робітників, можна встановлювати шостиденний тиждень (перервний). У разі потреби негайної допомоги таку подає лікарем суміжного фаху (наприклад, хірургом). Установи обов'язані сповістити населення, що вони його обслуговують, про дні, в які немає прийому у цих фахівців.

Тривалість робітничого часу шостиденного тижня не збільшується.

8. Переходячи на безперервний тиждень, медустанови повинні звернути окрему увагу на поліпшення обслуговування через переведення раціоналізаторських заходів, спрощення реєстрації, ліквідації черг.

9. Кошти, що їх потрібно для переведення безперервного п'ятиденного тижня, відпускаються за тими кошторисами, що по них утримуються ці установи. В тому разі, коли медустанови обслуговують так застраховане, як і незастраховане населення, кошти на перевід відпускаються в певній пропорції з місцевого бюджету та фонду меддопомоги. Розмір потрібних сум затверджує окрздоровінспектура та медсанупр,

10. Тривалість робітничого дня для медробітників установ, що перейшли на п'ятиденний безперервний тиждень: для медробітників, що мали 6-ти годинний, 5-ти та 4-х годинний робочий день—збільшується на $^1/_2$ години без встановлення перерви, згідно з постановами уряду.

11. Для медперсоналу, що має 7 та 8 годинний робочий день, тривалість його не збільшується.

12. В установах, що перейшли на п'ятиденний тиждень — для рентгенперсоналу, що працює в сфері рентгенівського проміння, а також для зубних лікарів, що працюють не на електричних бормашинах, тривалість робочого часу не збільшується.

13. Для лікпомів медпунктів підприємств, що перейшли на п'ятиденний тиждень, тривалість робочого дня дорівнюється до тривалости робочого дня на підприємстві, тобто 8 або 7 годин.

14. Щоб забезпечити нормальну роботу медсанустанов, що перейшли на безперервний тиждень, органи охорони здоров'я мають право переводити медперсонал у межах міста чи селища з одної установи до іншої без згоди робітника, за умовою зберігання за ними їх зарплатні.

15. Керування всією роботою щодо здійснення переводу медсанустанов на безперервний тиждень покладається особисто на зав. окрздоровінспектури за його відповідальністю. Щоб проробити всі питання щодо переводу на п'ятиденний безперервний тиждень при окрздоровінспектурі, згідно з обіжником НКОЗУ та ВУК МСТруда, організується, комісія в складі голови—окрздоровінспектора, представників ОРПС, міськради, страхкаси та спілки Медсантруд.

Погоджено: з НКПраці. ВУК, МСТ, НКФ.

Заст. Наркомздоров'я *Харманд'ар'ян.*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір.*

94. Про порядок оголошення конкурсів.

До всіх інститутів НКОЗУ. Копія: ОЗІ Харків, Дніпропетрівське, Київ, Одеса ВУК МСТ.

На зміну до інструкції НКОЗ та НКПраці № 206 з 9 листопада (бюлет. НКОЗ 1928 р. № 23) для заміщення всіх лікарських посад по науково-практичних інститутах, що утримуються держбюджетом та фондом меддопомоги, та посад наукових робітників інститутів місцевого бюджету, що одержують дотації на наукову частину, встановлюється такий порядок:

1. Оголошення конкурсу на вакантну посаду провадить інститут, одночасно повідомляючи НКОЗ.

2. В об'явах про конкурс інститут повинен зазначити:

а) докладну назву посади;

б) ставку та інші умови;

в) вимоги, що ставляться до кандидата, щодо його стажу, підготовки та наукових робіт.

3. Заяви кандидатів на конкурс подаються безпосередньо до інституту, куди оголошується конкурс, про що зазначається в об'яві.

4. Термін конкурсу не менш 1—1$^1/_2$ місяці.

5. Всі заяви на заміщення всіх посад, що поступають на конкурс попередньо обговорюється в Науковій Раді інституту.

Обрання на посади ординаторів та асистентів провадиться в спеціяльній комісії інститута в складі директора інститута та членів представника спілки МСТ та окрздоровінспектури з наступним затвердженням НКОЗ.

Обрання на посади завідувачів відділків провадиться Центр. конкурсова комісія НКОЗ після розгляду заяв у Науковій Раді інституту.

6. Наукових робітників інститутів НКОЗ призначається на посаду після затвердження Наркомздоров'я та одержання від НКОЗ відповідного повідомлення.

7. Запрошувати робітників до конкурсу дозволяється лише в окремих випадках, при чому це запрошення не дає ніяких переваг особі, що її запросили до конкурсу, на залишення на цій посаді, про що інститут повинен попередити тимчасового робітника.

8. Обрання поверхштатних наукових робітників всіх категорій у кількості, що її встановлює НКОЗ для кожного інститута окремо провадить інститут НКОЗ за конкурсом через комісію інститута в складі, що встановлено п. 5.

Погоджено: з ВУК'ом Медсантруд.

Наркомздоров'я *Канторович.*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір.*

95. Про лікпрофдопомогу усуспільненому секторові села.

До всіх окрздоровінспектур, Зінов'ївського та Вінницького ОВК'ів до Наркомздоров'я АМСРР.

Наркомздоров'я при цьому надсилає інструкцію про порядок обслуговування лікпрофдопомогою усуспільненого сектора села влітку 1930 року.

Одночасно пропонується негайно надіслати до НКОЗУ конкретний плян обслуговування, що його інспектура складає на базі цих вказівок.

У пляні треба вказати календарні строки виконання та вказати на підставі якої фінансової бази цей плян реалізуватиметься.

Всі вказівки також і плян треба негайно довести до низових осередків здоровоохорони, себто медичних плянів.

Термін виконання й подання відомостей про плян допомоги влітку 1930 року надається 20 квітня.

За. Наркомздоров'я *Хармандар'ян*

Заст. зав. лік. проф. відділу *Трахтман*

(Об. розп. НКОЗ'у ч. 123-ЛП з 25 березня 1930 р.)

ІНСТРУКЦІЯ

Про порядок обслуговування сільського населення лікувально-профілактичною допомогою влітку 1930 року.

Щоб обслужити сільське населення лікувально-профілактичною допомогою на 1930 р. по всіх лініях обслуговування, слід встановити чіткий клясовий підхід і черговість.

Насамперед лікувально-профілактичною допомогою треба обслуговувати робітників та службовців радгоспів і промпідприємств, що є на селі, а також лісорубів і наймитів по індивідуальних і колективних господарствах.

В другу чергу треба обслуговувати членів родин застрахованих членів комун і членів КНС.

В третю чергу-членів артілей, СОЗ'ів та членів їх родин.

В останню чергу обслуговувати інше населення села, причому куркульську частину населення обслуговувати після всіх і виключно за плату.

Таку черговість треба провадити також підчас організації мережі пунктів швидкої допомоги.

Такий саме порядок обслуговування треба встановити й переводячи профілактичну роботу на селі.

Причому обслуговувати за диспансерною методою, де це можливо налагодити, вже влітку 1930 р., треба в першу чергу робітників радгоспів, наймитів в індивідуальних і колективних господарствах і членів комун, а після охоплення цих груп також і членів найміцніших артілей, що давно існують.

Інспектура за прикладом минулого року разом із спілкою робземлісу повинна вжити всіх заходів, щоб виявити індивідуальне батрацтво й пояснити йому його права на першочергове медично-санітарне обслуговування.

Негайно виточнити на підставі умов НКОЗ із радгоспоб'єднанням і Цукротрестом (бюлетень НКОЗУ 1929 р. № 15) і конкретизувати всі зобов'язання зазначених організації вашої округи.

I. Надання першої допомоги

1. Постійні пункти першої допомоги організувати по всіх радгоспах, що мають більш за 500 постійних робітників. По всіх інших радгоспах організувати сезонні пункти першої допомоги (на 5-6 місяців). Організацію їх побудувати так, щоб всі радгости, що відстають більше ніж на 4 кілометри від амбуляторії, обов'язково мали пункти швидкої допомоги; в межах 2 кілометрового радіусу від амбуляторії сезонні пункти першої допомоги слід організувати по всіх радгоспах, що мають 400-500 і більш робітників.

Такі ж пункти першої допомоги слід організувати при міцних машинотракторних станціях і великих (більш за 500 їдців) комунах.

Пункти швидкої допомоги треба постачати аптечками швидкої допомоги, стерилізованим перев'язочним матеріялом, ношами і всім, потрібним, щоб припинити кровотечу (джгут тощо) і зробити першу пов'язку при переломах.

Персонал пунктів першої допомоги слід розподілити так, щоб пункти, найвіддаленіші від лікарських амбуляторій, мали найкваліфікованіший персонал, здатний, щоб орієнтуватися в екстреному випадкові до прибуття лікаря або напрямлення до лікарні.

Всі радгоспи де пунктів швидкої допомоги не буде, слід постачити аптечками, завідувати якими доручити певній особі. По всіх дрібних комунах, а також при невеликих машинотракторних станціях і в артілях слід виділити осіб відповідальних за надання швидкої допомоги. Причому, всіх їх повинен інструктувати найближчий амбуляторний лікар через індивідуальні або групові заняття.

Всі пункти швидкої допомоги слід прикріпити до відповідних лікарських амбуляторій, що були б безпосередньо їм підлеглі й підпорядковані.

Лікар амбуляторії повинен не менш, як один раз на місяць відвідувати кожний пункт швидкої допомоги свого участку.

Лікар амбуляторії відповідає за стан, витрачання й своєчасне поповнення аптечок швидкої допомоги.

Переводячи цю роботу, керуватись також обіжником НКОЗ і ЦК УЧХ од 18 березня 1930 р. ч. 122-ЛП.

II. Амбуляторна допомога

По радгоспах і машино-тракторних станціях, що мають більш за 750 робітників, слід якомога влаштувати сезонні лікарські амбуляторії. Всі інші радгоспи, комуни й артілі щодо надання амбуляторної допомоги треба прикріпити до певних амбуляторій.

Там, де амбуляторія за радіусом свого обслуговування має велику кількість радгоспів, машинотракторних станцій і міцних комун або артілей, на сезон польових робіт треба її штат підсилити другим лікарем, причому відпускну кампанію медперсонала в лікувально профілактичних установах на селі слід зорганізувати так, щоб вона не відбивалась на наданні допомоги в період польових робіт (перенесення відпусток на час після закінчення польових робіт, або в перервах між різних стадій цих робіт.

В кожній амбуляторії, згідно з вищезазначеним, треба встановити черговість прийому. Домагатися так на пунктах швидкої допомоги, як і особливо в амбулаторіях точної й повної реєстрації всього сільсько-господарського травматизму, обов'язково відзначаючи характер травми, трудовий процес, що до неї спричинився, й частину машини, що заподіяла травму.

III. Лікарська допомога.

Вжити всіх заходів, щоб усі без винятку випадки інфекційних захорувань у радгоспах, машинотракторних станціях і комунах своєчасно було шпіталізовано, також шпиталізувати батраків індивідуальних і колективних господарств.

Надання стаціонарної допомоги збудувати так, щоб забезпечити максимальне задоволенни потреб тих груп і в тому порядкові, що зазначено вище.

IV. Профілактична робота.

В профілактичні дні в першу чергу обслуговувати радгоспи, потім комуни і нарешті артілі.

Плян переведення профілактичної роботи збудувати в такий спосіб, щоб забезпечити регулярний догляд стану касарень, водопостачання, лазневої справи, харчування та щоб навколо цих питань зорганізувати актив радгоспів, МТС і комун.

Відвідуючи господарства, найвіддаленіші від амбуляторії, лікар повинен провадити амбуляторний прийом не більш за 2 години, присвячуючи решту часу виключно профілактичній і організаційній роботі. Профілактичні відвідування провадити не менш одного разу за три декади на кожний радгосп, МТС і комуну. Слід запропонувати кожній лікувальній установі мати календарний плян профілактичної роботи з систематичними виїздами ОЗІ, щоб перевірити його реалізацію.

Плян роботи лікувально-профілактичних установ окрцентру й міжрайонних центрів у разі такі є, слід збудувати так, щоб кожний район мав певний день, коли б він міг надсилати на консультацію своїх хорих.

Такий порядок забезпечить надання кваліфікованої допомоги й усуне довге чекання приїжджих по чергах.

Крім того, треба зорганізувати хоча б два рази на сезон виїзди бригади спеціялістів до райцентру з тією самою метою.

Календарні пляни цієї роботи повинні знати райони, щоб підібрати на цей час потрібний матеріял.

96. ПРО ПОШИРЕННЯ ПУНКТІВ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ

До всіх окрздоровінспектур, до Зінов'їввського та Вінницького ОВК Харківській міській секції охорони здоров'я, копія НКОЗ АМСРР, НКПраці, ВУРПС, ВРНГ, Союзвугілля, ВУК'ам металістів, гірників, хеміків і текстильників.

Надсилаючи при цьому постанову РНК УСРР „Про поширення пунктів першої допомоги“ з 23 лютого 1930 року,— Наркомздоров'я пропонує:

1) Взяти на облік всі підприємства гірної, в тому числі й торфяної, метальової, хемічної та текстильної промисловости з кількістю робітників понад 250 за формою, що при ньому додається.

2) Для вирішення питання про потребу відкрити на якому-небудь підприємстві пункти першої допомоги, або додаткові пункти на великому заводі, а також про потрібний транспорт (графи анкет 6 і 8) треба скласти комісію в складі представників ОЗІ, інспектури праці, ОРПС, відповідної окружної філії профспілки і відповідного підприємства. Всі матеріяли з протоколами комісії надіслати до НКОЗ не пізніше 10 квітня ц. р.

Вжити найрішучих заходів, аби пункти першої допомоги, що вже існують при вищезазначених підприємствах, остаточно влаштувати відповідно до постанови РНК УСРР і поставити їхню роботу на належну височінь.

4) Звернути особливу увагу на літеру „б“ пакта 4 постанови РНК УСРР про надання медперсоналу пунктів першої допомоги потрібних житлових приміщень.

5) У випадкові невиконання господарчими органами якихнебудь обов'язків, що на них покладено постановою РНК, треба, не гаячи часу, негайно звертатися до прокуратури.

6) Складаючи пляна виконання бюджету на друге півріччя 29-30 р. урахувати, що постанову РНК УСРР, що при цьому додається, треба повістю виконати.

Відповідальність за виконання цього покладається на окрінспектора здоровоохорони.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Заст. зав. лік. проф. від. *Трахтман*

(Об. розп. НКОЗ ч. 118/ЛП з 13 березня 1930 р.).

ПОСТАНОВА РАДИ НАРОДНІХ КОМІСАРІВ УСРР

Про поширення пунктів першої допомоги

На підставі арт. 12 постанови РНК СРСР з 29-VI-29 р. „на доповідь Наркомпраці про стан охорони праці й техніки безпеки в промисловості й на транспорті“ (Зб. зак. СРСР 1929 р. № 44 арт, 388) РНК УСРР постановила:

1) На всіх підприємствах гірної, метальової, хемічної й текстильної промисловости УСРР, з кількістю робітників на даному підприємстві понад 250 осіб, відкрити протягом 1929-30 року пункти першої допомоги.

2) Органам охорони здоров'я надається право, порозумівшись з органами НКПраці, визначити, скільки саме треба відкрити медичних пунктів на даному підприємстві, залежно від кількости робітників на ньому та від місцевих умов.

УВАГА: В окремих випадках органи НКЗдоров'я, порозумівшись із органами НКПраці, мають право залежно від місцевих умов давати дозвіл не відкривати на даному підприємстві медпункту першої допомоги.

3) На підприємствах гірної промисловости медпункти першої допомоги розміщуються за вказівками органів НКЗдоров'я, або в надшахтній будівлі, або поблизу від неї, або там, де це доцільно, в самій копальні.

4) Зобов'язати всі підприємства гірної, метальової, хемічної й текстильної промисловости УСРР за свій рахунок:

а) відвести під медпункти першої допомоги відповідно пристосовані приміщення за нормою, що її має встановлювати Наркомздоров'я за погодженням з ВРНГ і НКПраці УСРР та в міру потреби їх ремонтувати.

б) забезпечити медичний персонал медпунктів першої допомоги потрібним житловим приміщенням.

в) постачати медпунктам першої допомоги твердий ремантент і телефон та забезпечувати їх паливом і всіма видами комунальних послуг, а також і автомобілей, щоб перевозити до їх установ пошкоджених од нещасних випадків.

УВАГА: Наркомздоров'я має право залежно від місцевих умов дозволити даному підприємству змінити автомобіль на інший транспортовий засіб·

5) Зобов'язати Наркомздоров'я УСРР забезпечувати за свій рахунок, порозумівшись із Наркомпраці УСРР, медпункти першої допомоги; а) медичним персоналом з таким розрахунком, щоб на чолі кожного пункту був лікар та б) відповідними медичними матеріялами".

Секретар РНК УСРР *Яворський*

97. Про медобслуговування членів промкустстрахкас

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького та Зінов'ївського ОВК'ів, копія до НКОЗ АМСРР, до всіх окркустпромстрахкас і страхкас АМСРР

У зв'язку з тим, що останнього часу виникає багато скарг на те, що окремі ОЗІ недосить уважно ставляться до кустпромстрахкас щодо організації медичної допомоги їх учасникам,—Наркомздоров'я, щоб врегулювати взаємовідносини між місцевим ОЗІ і кустпромстрахкасами, пропонує скласти з місцевими кустпромстрахкасами спеціяльні умови щодо поліпшення та поширення медично-санітарної та профілактичної допомоги для застрахованих кустарів. В основу умов кладуть типовий договір, що до цього додається.

Доцільно взяти курс на поширення та поліпшення за рахунок сум, що надходять од промстрахкас лікувально-профілактичної мережі, що вже існує в окрузі.

У разі перевантажнння медично-профілактичних установ ОЗІ, чому останні не зможуть досить добре обслуговувати вчасників промстрахкас, треба вжити заходів, щоб притягти потрібні кошти ка організацію медично-профілактичних установ у порядку авансування ОЗІ промстрахкасами в рахунок належних сум за надання медичної та профілактичної допомоги вчасникам кас, погодивши це питання з останніми.

Визначаючи взаємовідносини з промстрахкасами, органи охорони здоров'я повинні мати на увазі, що члени цих кас мають право на безкоштовне одержання всіх видів медичної допомоги, що організуються на кошти місцевого бюджету. А тому ОЗІ мають підстава вимагати від промстрахкас додаткової оплати лише за наявністю умови, коли для вчасників організується спеціяльна або поширюється той або інший вид медичної допомоги (організація пунктів першої допомоги, збільшення штату поліклініки, амбуляторії, допомоги вдома, поліпшення медикаментовної допомоги, збільшення кількости ліжок, відкриття нової амбуляторії, лікарні тощо).

Надсилання членів промстрахкас на спецлікування в університетські міста провадять ОЗІ на підставі спеціяльно складеної на це умови з відповідним Лікбюром (Харків, Одеса, Київ). Кількість членів промстрахкас, що їх посилають на всілякі види спецдопомоги, повинна бути пропорціональною співвідношенню між застрахованими по держстрахуванню та застрахованими кустарями, але ні в якому разі за рахунок встановленого розкладу для застрахованих по держстрахуванню, а лише через придбання окремих місць для кустарів.

До КОПП'їв тих установ, що надаватимуть лікувально-профілактичну допомогу основній масі застрахованих кустарів, повинні входити я представники промстрахкас. Всі правила та інструкції, що зв'язані з обслуговуванням учасників промстрахкас меддопомогою, між іншим, порядок та правила видачі листків про непрацездатність треба погоджувати з правлінням промстрахкас.

Визначаючи фінансові обов'язки, рекомендується виходити з п. 14 типової умови, або з розміру надходжень на 1-го застрахованого по лінії соціяльного страхування в даній окрузі. Причому в випадку, коли з всіх зобов'язань, що покладається на ОЗІ місцевою умовою з промстрахкасами, вартість обслуговування 1-го застрахованого буде рівна надходженням на одного застрахованого по лінії соцстраху, то каса повинна 10% всієї суми, що належить ОЗІ за надання медсандопомоги переказати безпосередньо до НКОЗ.

Щодо обслуговування членів промстрахкас села, що увіходять до колгоспів, то ця група обслуговується медичною допомогою нарівні з колективізованим селянством.

Поруч застрахованих кустарів обслуговуються їхні утриманці (тих самих категорій як утриманці членів профспілок), а також безробітні й пенсіонери члени промстрахкас та їхні утриманці. Останні обидві дві категорії — кількістю не більш, як 10% загальної кількости членів каси, за яких ОЗІ одержують страхові внески.

Для здійснення контролі за правильним надходженням од промстрахкас нарахувань та за правильним витрачуванням їх ОЗІ, так ОЗІ, як і промстрахкаси повинні надати можливість один одному взаємного ознайомлюватись зі своєю діяльністю, звітністю, що виникає із складених умов.

Про виконання цього обіжника пропонується повідомити найближчим часом.

Додаток: типовий договір.

Наркомздоров'я *Канторович*

Голова Оргбюра „ВУКОСОЮЗКАС" *Бушев*

(Спільний об. лист НКОЗ ч. 94-Л. П., ВУКОСОЮЗКАС ч. 73 з 15 березня 1930 р.)

98. Про запровадження боротьби з пістряком

До всіх окрінспектур та медсанупрів, копія до НКОЗ АМРРР, до Зінов'ївського та Вінницького ОВК

За останні роки все більше спостерігається серед людности України—пістряк, все частіше встановлюють його діягнозу, з якої округи надсилають хорих до Харкова, Київа та Одеси до відповідних установ для радіо-рентгенлікування.

Одночасно зазначається, що дуже часто хорих на пістряк надсилають до центральних установ, або в іноперабельній стадії, або після $^1/_2$ року, рік і більше після того, як це захорування цього хорого викликало підозріння на пістряк у лікарів, до яких він звертався.

Отже, беручи на увагу, що пістряк набуває значіння соціяльного захворування, що своєчасна й точна діягноза уявляє великі труднощі, що своєчасна й достовірна діягноза й в інших випадках хірургічне, в інших рентгено-радіологічне втручання є поки що найпевніший засіб боротися з пістряком — пропонується:

1. Всім окрздоровінспектурам та медсанупрам, не чекаючи одержання положення про організацію краєвих та окружних онкологічних диспансерів, дати розпорядження своїм установам першочергово вміщати до лікарень тих курабельних хорих, які вимагають або хірургічного лікування, або остаточного з'ясування діягнози в умовах лікарні.
2. Пропонувати широко використовувати методу біопсії так у практиці лікарень, як і амбулаторії.
3. З'ясувати, в яких установах округи й де саме є фахівці, що володіють технікою, методикою й практикою гістологічних досліджень взагалі й на пістряк зокрема. Адреси цих установ довести до відома всієї мережі округи, одночасно даючи вказівки про порядок надіслання до них так матеріялів, як в разі потреби, і самих хорих.
4. Вжити заходів тим округам, де нема жодного паталога-анатома, або ляборанта гістолога—щоб такого було запрошено й устатковано його ляболаторію хоч обмеженим, але потрібним приладдям.
5. Вжити заходів до своєчасного встановлення через консиліюми на місцях, або посилку на консультації в окружні центри, а в разі потреби до Харкова, Києва та Одеси тих хорих, у яких діягноза на пістряк викликає сумнів у лікарів.
6. Запропонувати лікпрофустановам з одержанням вашого розпорядження переводити певний облік хорих на пістряк, а після оголошення в бюлетені НКОЗ положення про боротьбу з пістряком, положення про онкодиспансер та інструкції до них, переводити облік виключно за формами, що даватиметься.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*

Заст. зав. лік. проф. від. *Трахтман*

Нач. ВТМ *Хармандар'ян*

(Об. розп. НКОЗ ч. 122-ЛП в 15 березня 1930 р.)

99. Про мобілізацію коштів промисловости на будівництво медично-санітарних установ.

До всіх окрздоровінспектур, до Харківської міської секції охорони здор., до Зінов'ївського та Вінницького ОВК'ів

Копія до НКОЗ АМСРР і всіх окрвиконкомів

У зв'язку з постановою РНК СРСР про участь промисловости в будівництві медично-санітарних установ (див. „Известия" ЦИК СССР от 3 февраля 1930 года перед органами охорони здоров'я відкрились нові перспективи щодо збільшення ресурсів для будівництва потрібних установ.

Але треба заздалегідь попередити, що ефективність вищезазначеної постанови залежатиме виключно від тих рішучих заходів, яких буде вжито, щоб господарчі органи виконали цю постанову. На всіх підприємствах почато розробку промфінплянів, в яких фіксується певні контрольні суми на поліпшення культурно-соціяльних умов робітників. Отже, вам треба

негайно розпочати найенергійнішу кампанію, щоб у культурно-соціяльних витратах кожного підприємства відбились би асигнування на здоровоохорону.

Насамперед треба мати на увазі ті підприємства, що їх реконструктують, поширюють або починають будувати, бо згідно з вищезазначеною постановою господарчі органи повинні взяти обов'язкову участь у будівництві відповідних медсанустанов і кватир для медперсоналу. Причому, відпуск асигнувань на будівництво медсанустанов по лінії окремих підприємств не визначає, звичайно, що треба обов'язково будувати дрібні лікпрофустанови при кожному підприємстві, тому що безумовно доцільніше, через мобілізацію коштів по окремих підприємствах, будувати установи районного типу, крім, звичайно, пунктів першої допомоги, що повинні бути безпосередньо при підприємствах.

Отже, ОЗІ повинні точно знати, які підприємства по всій окрузі реконструктуються, або поширюються й які нові підприємства почнуть будувати 1930-31 року і за допомогою місцевих організацій вимагати й добиватися, щоб жодний промфінплян вищезазначених підприємств місцевої, республіканської, або союзної промисловости не було направлено до свого промислового об'єднання без відповідних асигнувань на будівництво потрібних медсанустанов.

Тільки таким засобом ОЗІ дійсно виконають свої п'ятирічні пляни в справі своєчасного й відповідного забезпечення робітників потрібною медично-санітарною допомогою.

Про хід кампанії періодично повідомляйте й не пізніше 10 квітня надішліть всі матеріяли.

Наркомздоров'я *Канторович*

(Об. розп. НКОЗ ч. 119-ЛП з 17 березня 1930 р.)

100. Про те, щоб не знімати промсанлікарів з фонду меддопомоги

До всіх окрздоровінспектур і МСУ, до Зінов'ївського та Винницького ОВК, до НКОЗ АМСРР

За відомостями деяких округ—окрвідділи праці в засіданнях ОРПС і нарадах робітників соціяльного страхування провадять постанови про зняття пром. сан. лікарів з фонду меддопомоги застрахованим і дають відділам соціяльного страхування категоричні пропозиції про це, посилаючись на дерективи НКПраці УСРР.

Згідно з положенням про промислово-санітарних лікарів, затверджена РНК СРСР з 31-V—1928 р. прот. № 27 (№ 27-559) та відповідно до постанови РНК СРСР з 10-IV — 1929 р. № 11-294, промсанлікарі обслуговують застрахованих робітників і цілком природньо, що утримання промсанлікарів треба провадити за рахунок фонду меддопомоги застрахованим.

Проте, деякі окрздоровінспектури не вживають потрібних заходів для пояснення профспілковим організаціям про незаконність вимог місцевих відділів праці й від. соцстраху про зняття промсанлікарів фонду меддопомоги застрахованим та не намагаються відповідних постанов цих організацій.

НКОЗ неодноразово підкреслював потребу подальшого розвитку промсанорганізації й це тим більш важливо в сучасний момент, коли медико-санітарна справа потрібує найбільшого наближення до виробництва.

Отже, Наркомздоров'я категорично пропонує окрздоровінспектурам ні в якому разі не знімати промсанлікарів з фонду меддопомоги застрахованим та намагатися через окружні виконавчі комітети та профспілкові організації постанови про заборону знімати промсанлікарів з фонду меддопомоги застрахованим.

Одночасно з цим Наркомздоров'я вніс свій протест до РНК УСРР про незаконність директиви НКПраці та потребу скасування її.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*

Зав. Сан. Епід. відділу *Марзеев*

(Об. розпор. НКОЗУ № 31-1 з 17 березня 1930 р.).

101. Про медсанобслуговування переселенців на транспорті

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів транспорту, окрземвідділів, до агент-в по переселенню Окрколгоспоб'єднання, до правлінь Південної, Південно-Західньої Катерининської та Донецької залізниць; копія до НКОЗ АМСРР

Щоб попередити розповсюдження інфекційних захворувань серед переселенців, пропонується додержуватися такого порядку щодо перевозки переселенців залізницею:

1. Всі переселенці, що призначаються на переселення, повинні зробити собі заздалегідь запобіжні щеплення проти черевного тифу та проти віспи.

2. Запровадження щеплень покладається на окрздоровінспектури, що повинні забезпечити організацію щеплень відповідним персоналом та матеріялами. Лікарі, що роблять щеплення, повинні ставити на переселенському квиткові (на останній його сторінці), або на іншому переселенському документі печатку такого змісту: „Сделано предохранительную прививку против брюшного тифа и оспы".

3. Медперсонал, що обслуговує переселенців на транспорті, та агенти по переселенню повинні слідкувати, щоб переселенці мали посвідки про запобіжні щеплення. Тих переселенців, що не мають посвідок, прищеплювати на місці, або посилати до лікаря залізниці, якого призначить медсанупрaва.

4. Медсануправління та окрздоровінспектура (райздоровінспектура) повинні терміново договориться поміж собою про розподіл функцій щодо медсанобслуговування переселенців (медичний огляд, прищеплення, відправлення хорих на саногляд, інфекційні хороби), як на місці виходу переселенців, так і в дорозі, точно зазначивши пункти обслуговування та призначивши певних лікарів, повідомивши про їхнє місцеперебування та прізвища всі зацікавлені організації (Окрколгоспоб'єднання, райвиконкоми, сільради, начальників станцій, арештів по переселенню).

5. Окрколгоспоб'єднання повинні тепер уже приступити до переведення розяснювальної кампанії щодо змісту цього розпорядження серед тих, що мають виїхати на інші землі, зв'язавшись із відповідними окрземвідділами, окрздоровінспектурами та райвиконкомами.

6. Райвиконкоми повинні попередити заздалегідь райздоровінспектора про кожну групу переселенців, про кожну робочу переселенську дружину, та про уповноважених ходаків, що мусять виїжджати на нові місця, щоб райздоровінспектор міг своєчасно зробити всім медогляд, щеплення проти черевного тифу та проти віспи.

7. Сільські ради, приймаючи заяви від колгоспів, або від окремих селян про дозвіл переселити, повинні попереджувати їх про обов'язкову потребу зробити собі й всім, що їдуть, запобіжні щеплення проти черевного тифу.

Наркомздоровля *Канторовіч* За Наркомземсправ *Качинський*

Укрколгоспцентр *Тищенко* Уповнаркомшляхів *Слюсаренко*

(Спільний об. лист. НКОЗ, НКЗем, УПНКШ, Укрколгосп'у ч. 3 з 22 березня 1930 р.)

102. Про організацію ясел по радгоспах Союзцукру

Договір

7-го квітня 1930 року. Цей договір складено між Народнім Комісаріятом Охорони Здоров'я УСРР, що далі зватиметься „Наркомздрав" в особі члена колегії Наркомздраву т. Кустелян, з одного боку та уповноваженого Союзцукру на Україні т. Яцкевича — з здругого боку за участю ВУК'у спілки Сілгоспплісробітників в особі секретаря ВУК'у т. Бляу у такому:

1. Уповноважений Союзцукру передає Наркомздравові з фонду поліпшення побуту робітників за 1928 рік — 107.850 крб. на організацію ясель по радгоспах Союзцукру влітку 1930 року, причому цю суму по округах розподіляється так:

1) АМСРР	1000 крб.	15) Могилівська	2500 крб.
2) Бердичівська	5000 „	16) Ніженська	1000 „
3) Б.-Церківська	10500 „	17) Першомайська	2000 „
4) Вініцька	6000 „	18) Полтавська	6000 „
5) Волинська	2500 „	19) Прилуцька	4500 „
6) Глухівська	500 „	20) Проскурівська	5000 „
7) Зінов'їівська	3500 „	21) Роменська	1000 „
8) Кам'янецька	2500 „	22) Сумська	8000 „
9) Київська	4000 „	23) Тульчинська	3500 „
10) Конотопська	4200 „	24) Харківська	7500 „
11) Кременчуцька	850 „	25) Шевченківська	11500 „
12) Криворізька	1500 „	26) Шепетівська	3000 „
13) Куп'янська	2000 „	27) Уканська	6800 „
14) Лубенська	1500 „		

Кошти на ясла уповноважений Союзцукру переказує місцевим окрздоровінспектурам не пізніше 15 квітня 1930 р.

2. Наркомздоров'я через місцеві окрінспектури зобов'язується організувати по радгоспах Союзцукру влітку 1930 року дитячі ясла на таких умовах:

а) Ясла організуються виключно при радгоспах Союзцукру для дітей робітниць та робітників радгоспу, як штатних, так і сезонних, причому, в першу чоргу в ясла приймається дітей низька оплачуємих груп робітників.

б) При організації ясель повністю зберігається мережу ясель по тих радгоспах, де вони існували минулого року, а також організується нові з розрахунком на збільшення загальної кількости ясель по радгоспах Союзцукру в кожній окрузі, порівнюючи з минулим роком, не менше, як у двічі, відповідно до збільшення асігнувань.

3. Окроздоровінспектури доасигновують на організацію ясель в радгоспах Союзцукру потрібні на утримання їх протягом сезонної доби суми з дотації на цю мету НКОЗ — коштів самоподаткування, фонду меддопомоги застрахованим, місцевого бюджету та інш. джерел, але загальна сума місцевих асигнувань повинна бути не менш 50% загальної суми, потрібної на утриманя ясель.

4. Ясла організовується на потрібну кількість дітей у радгоспі на термін не менший, як на п'ять місяців, причому ясла розпочинають свою роботу не пізніше початку травня.

5. Адміністрація радгоспів повинна забезпечити ясла, окремим пристосованим та відремонтованим помешканням на території радгоспу, а та-

кож забезпечити їх компослугами та іншими установами на підставі колдоговору.

6. Організацію ясель, зокрема визначення радгоспів, по яких вони утворюются, провадить окрздоровінспектура за обов'язковою участю директора комбінату Союзцукру та погодженням округового комітету спілки СГЛР.

7. В останньому окрздоровінспектури повинні забезпечити організацію ясел по радгоспах на підставі обіжника Наркомздоров'я від 18 лютого 1930 року про переведення сільської ясельної кампанії влітку 1930 року.

Слідкування за виконанням цього договору покладається на місцеві здоровінспектури, на директорів комбінатів Союзцукру та професійні організації.

9. Окрздоровінспектури повинні не пізніше як 1 січня 1931 р. надіслати відчит на витрачені на організацію ясел по радгоспах Союзцукру кошти до НКОЗ і Уповноваженого Союзцукру на Україні.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Уповноважений Союзцукру *Яцкевич*

ВУК Спілки сільгосплісробітників *Бляу*

103. Про Курси в справі організації та методики саносвіти

До всіх окрздоровінспектур та медсанупрів

Багато з рядових саносвітробітників округ мають потребу підвищити свої знання по окремих галузях методики та організації саносвітроботи.

Саносвіта НКОЗУ договорилась з Одеським Інститутом Удосконалення лікарів про переведення в інститут окремих і короткотермінових (2-3 тижн.) курсів по організації та методики саносвіти.

З окремих курсів на сьогодні найважливіші є такі:

1. Музейно-виставочна справа й техніки виготовлення наочних приладь;
2. Клюбно-санітарна робота;
3. Робота в будинках саносвіти та в гігієничних консультаціях.

Наркомздоров'я пропонує вам за потребою відряджувати саносвіт, робітників вашої округи на вищевказані курси.

Витрати по відрядженню переводяться за рахунок окрздоровінспектури.

У справах відрядження робітників на зазначені курси, окрздоровінспектури повинні звертатись безпосередньо до Одеського інституту Вдосконалення лікарів (адреса: Одеса, Інститут удосконалення лікарів):

Наркомздоров'я УСРР *Кустелян*

Зав. бюра саносу *Ліфшиць*

„Затверджено"
Заст. Наркома Нагорний
5-IV-30 р.

104. Висновки

про роботу Київської Окрсаносвіти

(За даними обслідування, що провів інспектор саносвіти НКОЗУ тов. Кузнецов)

Констатувати такі досягнення в роботі:

1. Наявність пожвавлення роботи і правильну лінію дальшого розгортання.

2. Деяке збільшення асигнувань на саносвітроботу порівняльно до минулого року та правильне побудування кошторису, розраховане на мобілізацію коштів поза бюджетом ОЗІ через скористання методу дотацій до коштів, вилучених різними установами для саносвітроботи.

3. Мобілізацію коштів окремих професійних, громадських та кооперативних організацій для запровадження с-о роботи та с-о закладів по їх установах.

4. Цілком виконано кошторис минулого року та квартальні розділи кошторису цього року.

5. Налагоджено організаційно-методичну контролю саносвітроботи, що переводиться поза установами саносвіти та здоровоохорони і налагодження саносвітінструктажу в місці.

6. Піднесено питому вагу саносвітроботи в лікустановах, поліклініках та медпунктах через розробку та запроваджено положення про обов'язкову саносвітроботу для лікарів усіх медико-санітарних закладів.

7. Широко скористано студентів-медиків для саносвітроботи через організацію студентських бригад для переведення роботи та семінарів для організаційно-методичної підготовки студентів в галузі саносвіти і запровадження викладання питань саносвіти на робфаку медінституту.

8. Щільний зв'язок із катедрою соцгігієни медінституту, спрямований до завчасної підготовки кадрів лікарів-саносвітників із студентів-медиків, що дало певні наслідки.

9. Налагоджено постачання шкіл та районів наочним приладдям і скеровано увагу до поліпшення роботи в соцсекторі на селі.

10. Широку участь у весняній засівній кампанії.

11. Скористано робсельтеатр для саносвітроботи на селі.

12. Широко охоплено саносвітою школи лікнепу.

13. Правильно й регулярно використовується радіомовлення.

14. Налагоджено роботу окрметодкому.

15. Запроваджується в життя пакти угоди про соцмагання в Одеською Окрсаносвітою.

Поруч цього виявлено такі ґрунтовні хиби в роботі:

1. Недостатність систематичної роботи на селі, відсутність певної сільської мережі (саносвітбази) за номенклатурою НКОЗУ, відсутність пересувної виставки та недостатність живого інструктування, порівняльно у писаного інструктажу.

2. Недостатність асигнувань за бюджетом, який за всіма фондами становить 0,57% і не відповідає навіть проектам п'ятирічки.

3. Сталість тематичного матеріялу та наявність академічного ухилу в роботі по клюбах, підприємствах тощо.

4. Недостатню мобілізацію робітничої громадськости навколо питань здоровоохорони та саносвіти.

5. Кволу участь в саносвітроботі санітарної та шкільно-санітарної організації.

6. Відсутність центральної гігієнічної консультації та гігієнічних консультацій взагалі.

7. Окрсаносвіта недосить бере участь в антиалкогольній та харчовій роботі.

8. Відсутність певного контакту в роботі з саносвітвідділами науково-дослідних інститутів НКОЗУ.

9. Відсутність музею та систематичної роботи окрбудинку саносвіти.

10. Відсутність певної п'ятирічки.

Виходячи із загальних досягнень та хиб у роботі Київської Окрсаносвіти, НКОЗУ вважає за конче потрібне:

I. Запропонувати Київській ОЗІ та окрсаносвіті:

1) Збільшити асигнування на саносвітроботу за бюджетом на 1930-31 рік до 1,5% пересічно за всіма фондами.

2) Асигнувати на потреби саносвіти належний відсоток із додаткових коштів, що їх ОЗІ одержує для обслуговування соцсектору села.

3) З майбутнього року відокремити бюджет окрбудинку саносвіти від загального бюджету саносвіти та внести посаду окрсаносвітінспектора, чого й досі не зроблено, не зважаючи на попередні директиви НКОЗУ.

II. Запропонувати Київській окрсаносвіті:

1) Продовжувати роботу щодо мобілізації коштів професійних, кооперативних і громадських організацій для переведення саносвітроботи та побудування саносвітзакладів по установах цих організацій, закріпивши дальший розвиток цієї роботи, внесши її до п'ятирічних плянів зазначених установ і погодивши їх із п'ятирічкою Окрсаносвіти.

Окрсаносвіті взяти на себе безпосереднє організаційно-методичне керівництво цією роботою та мережою.

2) Продовжувати дальше скористання студентів-медиків для саносвітроботи, маючи на меті, крім організаційно-методичної підготовки майбутніх лікарів в галузі саносвітроботи, вилучення певних кадрів саносвітробітників для саносвіторганізацій Києва та Правобережжя.

3) Щоб організувати громадські здоровоохоронні кадрі серед робітництва:

а) докладно вивчити досвід роботи медпункту на „Червоній Гуті" й запровадити його для всіх підприємств, комун та відповідних організацій Київщини;

б) утворити шефство медсанустанов та саносвітзакладів над окремими підприємствами, комунами, колгоспами;

в) організувати виїзди науково-дослідних інститутів НКОЗ, медустанов та закладів саносвіти (методком тощо) на підприємства, в комуни й колгоспи, популяризації їхньої ро-

боти через організацію доповілі про їхню роботу та переведення засідань з питань, що цікавлять або мусять цікавити робітників та селян колгоспів;

г) організувати соцзмагання окремих медсанзакладів та закладів саносвіти на краще переведення роботи, втягнувши до участи робітничий та селянський актив;

д) взяти під своє керівництво роботу КОПІП'ів, ув'язавши їхню роботі з роботою здоровосередків на підприємствах.

4) Щоб виховати саносвітній актив серед лікарів міста та села, продовжуючи запровадження в життя положень про обов'язкову саносвітроботу лікарів:

а) поширити на лікарські маси свій ідеологічний та організаційний вплив, утворивши семінари про методику та організацію саносвітроботи для всіх лікарів, скориставши для цього наявний актив та показові саносвітзаклади (дитпрофамбуляторія, медпункт „Червона Гута"), клюб Радколгоспу, клюб Півден.-Зах. Зал. тощо;

б) скористати районові конференції лікарів на селі для постановки практичних докладів про методу саносвітроботи;

в) постачити в межах можливости всі медустанови методлітературою з саносвіти та всі установи методистами до окремих галузей саносвітроботи, що її передбачено перевести за пляном у майбутньому (приклад, як це зроблено підчас посівкампанії);

г) рішуче боротися з наявністю шкідливих думок серед деякої частини лікарів про неможливість утворення здоровоохорончого активу із складу робітників про відсутність тематики для саносвітроботи на підприємствах тощо;

д) збільшити кадри інструкторів-організаторів.

В галузі методичної роботи:

5) а) Пожвавити роботу окрметодкому, надавши їй суто-практичний характер через запровадження обміркування суто-конкретних тем для потреб сучасної саносвітроботи;

б) побудувати тематику саносвітроботи на широкому висвітленні питань гігієни праці, колективізації побуту, алькоголізму, харчування, п'ятиденки, єдиного диспансеру тощо!

в) притягнути до роботи в методкомі наукові сили, для чого категорично пропонується всім саносвітвідділам науково-дослідних інститутів Київа та інститутам, що не мають саносвітвідділів, взяти безпосередньою участь в роботі окрметодкому;

г) щоб зберігти потрібний темп в роботі, скористати метод доручення розробки окремих питань бригадам в складі 3-4 лікарів з дальшим обміркуванням на методкомі;

д) всі матеріяли, що їх розробив окрметодком, своєчасно надсилати до саносвіти НКОЗ для скористання в інших округах;

е) вивчити роботу театрального гуртку в напрямку пристосування його репертуару до сучасної тематики саносвітроботи та широко скористати його на підприємствах, в соцсекторі села, мобілізувавши кошти зацікавлених установ;

ж) налагодити зв'язок з методкомом ОПО.

6) Рішуче посилити саносвітроботу на селі, особливо в соцсекторі, для чого негайно:

а) скласти плян розгортання мережі саносвітзакладів в соцсекторі села;

б) утворити райсаносвітбази (за номенклатурою НКОЗ) в районах суцільної колективізації;

в) утворити куточки здоров'я з книгозбірнями та саносвітжурналами при всіх комунах та культзакладах колгоспів;

г) за допомогою сільського медперсонала організувати саносвіткурси та гуртки першої допомоги в комунах, машиново-тракторних станціях тощо;

д) пожвавити живий інструктаж периферії й обопільну інформацію;

е) скористати студентські бригади, драмгурток, кіно-пересувку для виїздів у соцсектор села, притягнувши для цього матеріяльну участь зацікавлених установ;

ж) скористати робсельтеатр для виконання саносвітрепертуара, вилучивши для цього відповідні кошти;

з) організувати пересувну виставку.

7) В галузі загального розгортання мережі та пожвавлення роботи утворити:

а) організувати центральну гігієнічну консультацію в промисловому районі, скориставши для цього приміщення поліклініки;

б) до пляну майбутніх робіт внести утворення гігієнічної консультації та саносвітвідділом при єдиному диспансері;

в) поширити мережу клюбно-санітарних лікарів та кімнат саносвіти по всіх клюбах міста за системою, що її вжито зараз;

г) провадити дальшу роботу утворення курсів для ріжних груп трудящих (КОТІП'и, робітники нархарчу, бригади на підприємствах, робітники прилавку, члени секції здоровоохорони, здоровосередка, житлокоопів, тощо);

д) рішуче пожвавити роботу т-ва „За здорове харчування" та взяти більшу участь у роботі антиалкогольного т-ва;

е) пожвавити роботу через школу, особливо з педагогічним персоналом, скориставши попередні вказівки саносвіти НКОЗ, скориставши свої установи й інститут ОЗДП.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ВІДДІЛІВ

1. Перегляд п'ятирічного пляну розвитку здоровоохорони.

За постановою колегії з 12 березня ц. р. провадиться перегляд п'ятирічного пляну розвитку охорони здоров'я в бік збільшення передбачень у ріжних галузях. За таке збільшення висловилася також, як відомо, Всеукраїнська Нарада ОЗІ та МСУ, що відбулася в січні цього року.

До нового розгорненого п'ятирічного пляну включено п'ятирічку санаторно-курортової справи, розвитку будинків відпочинку, причому ураховується всі джерела фінансування здоровоохорони.

2. Про боротьбу з висипним тифом.

Колегія НКОЗУ на доповідь т. Марзеєва про рух захворувань на висипний тиф визнала за потрібне, щоб заходи боротьби з цією хворістю було збільшено.

Наводимо тут найголовніші з постанов колегії:

1. Надзвичайним санітарним комісіям запропоновано боротьбу з висипним тифом поставити в центрі своєї уваги та роботи. Зокрема особливо тільки стежити за тим, щоб до боротьби притягувано було рад. суспільність.

2. Шпиталізацію хворих довести до 100% (у січні було 82%, а в лютому 85%), прагнучи провадити її якомога раніше.

3. У кожному виявленому вогнищі тифу негайно розгорнути через місцевий або тимчасово запрошений медперсонал всю систему потрібних заходів боротьби з паразитами, провадячи водночас санітарну обробку хворих, а також тих, що їх оточують.

4. Санбакінститутам треба щільніше зв'язатися з округами в справі керівництва протиепідемічною боротьбою.

5. Надзвичайній комісії НКОЗУ вжити всіх заходів до ліквідації епідемії висипного тифу, притягуючи до боротьби госпорганізації.

3. Про забезпечення промисловости пунктами першої допомоги.

Ця галузь роботи стоїть у центрі уваги НКОЗ. Зібрані відомості, зокрема підчас відвідування Наркомом Здоровоохорони, а також членами Колегії промислових округ, свідчать про великий брак потрібної кількости пунктів першої допомоги по заводах копальнях, тощо.

На 1 січня 1930 року було розгорнено н о в і пункти першої допомоги по таких округах:

Луганській	16 пунктів,	
Артемівській	28 „	
Сталінській	15 „	
Дніпропетровській	3 „	та інш.

По цехах найбільших заводів (ім. Ільїча, Сталінському, ім. Петровсього та інш.) розгорнено навіть цехові пункти.

4. Про використання сум, асигнованих на лікарняне будівництво на заводах м. Маріуполя.

Колегія визнала за потрібне, щоб додатково асигновані 400.000 крб. на лікарняне будівництво на заводі ім. Ільїча в Маріуполі, обернути на збудування там насамперед гінекологічно-пологового відділку на 40 ліжок, а також на добудування на терені лікарні кухні й пральні, що мають обслуговувати 400 ліжок.

135000 крб., призначені на поліклінічне будівництво, використати так: цього ж таки року розпочати будування нової поліклініки на 2000 відвідувань щодня. Поліклініку закінчити 1930-31 року, на що передбачити в контрольних цифрах наступного року 550.000 карб.

Вважаючи на те, що асигнування з боку НКОЗ становлять більше половини тієї суми, що потрібна на все лікарняне будівництво в заводі ім. Ілліча, колегія порушила перед ВРНГ питання, щоб решту потрібних коштів асигнував трест „СТАЛЬ".

5. Про стан судово-медичної справи на Україні.

На доповідь Головного судмедінспектора д-ра Майєра, Колегія ухвалила таке:

а) З огляду на те, що судмедицина, перебуваючи на держбюджеті, нещодавно до деякої мірі зміцнилася у фінансовому розумінні, залишити цю галузь до кінця п'ятирічки на державному бюджеті.

б) Перед Наркомюстом порушується питання про передачу НКОЗ всього ременанту, інструментарія та встаткування медінститутів у частині судової медицини. Одну з катедр судової медицини медінститутів, що переходять до НКОЗ, буде перетворено в Судово-Медичний Інститут.

6. Забезпечення периферії лікарським персоналом.

Із інформації на засіданні колегії 1-го квітня 1930 року, що зробив представник ВУК'у Медсантруд, Колегія довідалася, що спостерігаються випадки, коли лікарів, які приїжджають на місця за відрядженнями Комісії вкомплектування села лікарями, не призначають на передбачуване місце, іноді навіть повертають до Харкова. Інформація довела також, що лікарям не надають кватир, через що т. т. часто-густо опиняються в дуже неприємних умовах.

Отже, Колегія запропонувала всім окрздоровінспектурам ні в якому разі не повертати лікарів, що приїжджають за відрядженням Комісії. Цим лікарям треба безперечно надавати посади, забезпечувати їх тимчасовим житлом, а також використовувати спеціялістів за фахами. Для цього ОЗІ повинні якнайбільше скоротити сполучування де-кількох посад, удаючись у разі потреби до деяких внутрішніх перегруповань серед персонального складу лікарів округ.

У разі та або інша окрздоровінспектура не має можливости негайно надати посаду лікареві, що його відрядила Комісія, ОЗІ повинна залишати такого лікаря в резерві, зважаючи на значні перспективи розширення мережі.

7. Про утворення нового Мед. ВИШ'у.

Колегія заслухала на засіданні своєму з 25 березня клопотання делеґації Луганського ОВК'у про утворення нового Мед. ВИШ'у в м. Луганському. Заслухано було також думку Наукової Медичної Ради щодо аналогічного клопотання Сталінського ОВК.

Колегія визнала, що остаточно вирішити цю справу можна після детальнішого ознайомлення зі всіма умовами економічного та наукового чину, які існують на місці. Отже колегія пристала на думку Наукової Медичної Ради, щоб поки що залишити питання нерозв'язаним.

Комісія в складі члена колегії тов. Хармандар'яна, представників ВУК спілки МСТруд та НКО за постановою колегії відвідала згадані міста. Питання колегія розв'язала в розумінні утворення двох інститутів.

8. Про скорочення терміну навчання на курсах Охматдиту та ОЗДП в інститутах удосконалення лікарів.

Через те, що на місцях почувається дуже гостра потреба в лікарях ОХМД та ОЗДП, Колегія визнала за потрібне скоротити на один місяць термін навчання на відповідних курсах цього фаху, що існують по інститутах удосконалення лікарів. Цей захід запроваджується за неодмінної умови не скорочувати пляну й програму навчання.

9. Із діяльности Ради соціяльної патології та гігієни.

На останньому засіданні Ради ухвалено низку постанов, спрямованих на пожвавлення й конкретизацію її роботи.

Рада визнала за потрібне, щоб наукові інститути, особливо їхні відділи соціяльної патольогії періодично складали свої доповіді на прилюдних робітничих зборах по найбільших підприємствах.

Дальші пропозиції стосуються посилення ролі відділів соц. патології (в їхньому апараті виділяються спеціяльні статистики, до складу відділів соц. патольогії та гігієни повинні обов'язково входити відділки саносвіти).

Рада висловилася далі, щоб асигнування цього року на дослідчу роботу й на утримування відд. соц. патології та гігієни повинні бути не менші за торічні, а фінансово кошторисовий відділ мусить вжити всіх заходів до збільшення асигнувань цього року.

10. Секція соціялістичних міст, соцсектора на селі та колективізації побуту.

У складі Науково Медичної Ради утворено секцію соціялістичних міст, соцсектора на селі та колективізації побуту. На голову секції настановлено Заст. Наркома охорони здоров'я тов. Кустелян М. О. До складу секції, крім наукових робітників, включено представників Головкомгоспу, НКВНусправ, ВУРПС, ВУК'ів спілки Медсантруд, та Робос, Найвищої Ради Фізкультури, кооперації та інш.

11. Про безплатні й пільгові курмісця військовим службовцям.

На клопотання командвійськ України про надання військовим службовцям курмісць безплатних і пільгових, колегія НКОЗУ дала свою згоду. Кількість місць і порядок оплати встановлює Нарком.

12. Про використання коштів за платні абортні ліжка.

Колегія ухвалила, щоб 60% прибутку від платних абортних ліжок було обернуто на розвиток пологодопомоги (влаштування пологових ліжок, акушерських пунктів при лікарських медичних ділянках, тощо), а також на поширення протизачаткових заходів на селі.

Решту коштів використовувати на поліпшення теперішньої мережі ліжок. Про це знято клопотання перед РНК УСРР.

IV. ОБ'ЯВИ

1. Наркомздоров'я оголошує конкурс на заміщення трьох посад інтернів з охматдиту при Дніпропетрівському інституті охматдит.

Умови: зарплата — 80 карб. на місяць, гуртожитку не надається.

Особи, що бажають посісти посади інтернів, мають подавати заяви з копіями документів до Дніпропетрівського інституту охмадит. До заяви треба прикласти автобіографію, копію диплома посвідчення про складання іспиту з укрмови, підписку про зобов'язання відслужити за вказівками НКОЗ, згідно з постановою РНК од 15-IX 24 р. з розрахунку $1^1/_3$ роки служби за 1 рік інтернатури, а також анкету за такою формою:

1. Прізвище, ім'я по батькові.
2. Вік.
3. Соціяльний стан.
4. Сімейний стан.
5. Коли й який медВУЗ закінчив.
6. За яким фахом працював.
7. Де працював в сучасний момент.
8. Робота на периферії, скільки часу й коли.
9. Скільки часу працював у Червоній Армії.
10. Як Ви лічитесь на військовому обліку.
11. З якого терміну є членом профспілки.
12. Партійність.
13. Громадський стаж.
14. Хто рекомендує: профспілка, окрздоровінспектура.

Останній термін подачі заяв — 5 травня 1930 року.

2. Український Державний Ортопедичний Інститут в Києві оголошує конкурс на заміщення таких посад:

I. Завідувача відділу Соціяльної Паталогії

Умови: Лікар (бажано антрополог) зі стажем не менш 5 років роботи в галузі соціяльної патології, наукові роботи в цій галузі. Обов'язкова знайомість з ортопедією та травматольогією. Платня — 120 крб.

II. Два ординатори — ортопеди

Умови: Загальний лікарський стаж не менш 5 років, ортопедичний стаж не менш 3 років. Платня — 110 крб.

III. Один ординатор — завідувач відділу ортопедичної гімнастики та фізкультури

Умови: Ортопедичний стаж не менш 2 років, деякий стаж з фізкультури та обізнання на фізкультурній роботі. Платня — 120 крб.

Останній термін подачі — 15 травня.

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, мають подавати до Українського Державного Ортопедичного Інституту заяви з нотаріяльно-засвідченою копією диплому та копіями довідок про роботу, а також докладні життєписи, додати наукові праці.

Адреса: Київ, вул. Революції ч. 6.

Київська Інспектура Охорони Здоров'я оголошує конкурс на посаду райсанлікаря м. Києва.

Умови конкурсу: кандидат повинен мати не менш, як 3 річний спеціяльний стаж: зарплатня — 135 крб на місяць та роз'їзди.

Заяви надсилати до конкурсної Комісії О. І. О. З. (Рейтерська, 22).

Міжнародні конгреси цього року

1. І-й Міжнародній конгрес у питаннях психічної гігієни відбудеться 6-10 травня ц. р. у Вашингтоні.

2) ІІ-й конгрес у справах боротьби з малярією скликається на 19-21 травня ц. р у Алжирі.

3) ІІ-й конгрес у справах сексуальних відбудеться 3-9 серпня ц. р. у Лондоні.

4) VII конференцію міжнародного союзу боротьби з туберкульозою скликається на 13-15 серпня в Осло.

5) ІІ-й міжнародній конгрес у питаннях лікування дітей скликається на 17-20 серпня в Стокгольмі.

6) **Міжнародній конгрес у справах фізіотерапії**

Цей конгрес, V-й за чергою, скликається на 14-18 вересня 1930 року в Льеж (Бельгія).

Конгрес розподілятеметься на п'ять секцій, а саме:

1. Кінезитерапія
2. Радіотерапія.
3. Гідротерапія.
4. Електротерапія.
5. Актинологія.

Ось які програмні питання (доповіді) буде заслухано на пленарних засіданнях конгресу.

1. Питання ревматизму й фізіотерапії.
2. Хвороби центральної нервової системи, підлеглі фізіотерапії.
3 Стан викладання фізіотерапії лікарям.

На час конгресу учасників прийматимуть міста Льєж, де будується інститут у справах викладання фізічного виховання, а також Спа.

У місті Льєжі підчас конгресу показуватимуть між іншими установами також протипістряковий центр, влаштований на медфакультеті, педіятрічну клініку, відкриту 1927 року, що є зразком цієї галузі медичних наук, встаткований за останіми вимогами.

Міжнародня ліга боротьби з ревматизмом

Зараз після скінчення міжнародного конгресу в справах фізіотерапії відбудеться конференція ліги боротьби з ревматизмом-теж у м. Льєжі — 19-20 вересня 1930 року.

ПРИВІТАННЯ НАРОДНЬОМУ КОМІСАРІЯТУ ЗДОРОВ'Я

1. Від першомайського окр. з'їзду здоровохорони

Харків Наркомздоров'я Конторовичу

З'їзд здоровоохорони Першомайщини, що зібрався в найвідповідальніший час будівництва соціялізму, країни, вітає вас — керовника справи здоровоохорони і запеняе що в реконструктивний період медробітники всі свої сили й досвід віддадуть на піднесення медично-санітарної справи країни згідно з вимогами комуністичної партії й радвлади.

(9 березня 1930 р.) **Президія з'їзду**

2. Від курсів Київського Окрколгоспу

Всеукраїнські та округові курси організаторів нового побуту в день святкуванне свого врочистого випуску вітають організації охорони здоровля та заперняють що проводирями нового побуту вжиття Разом з органами охофони здорвля на місцнх з ноомими силами з новими темпами візмемося за перебудову нашого старого заскорузлого побуду.

Разом із медорганізаціями оголосимо нещадну боротьбу зо всіма затобонами.

Хай живе культурна революція та організації, що її провадять!

29 березня 1930 р.

Відповідальний редактор **С. І. Канторович**

Держтрест „Харполіграф" Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 1255 Прим. 2.750.

IV-а. Інфекційні захорування по округових містах УСРР за лютий 1930 року.

Округові міста	Населення на 1-І-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Рівачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg ica	Опониця мізк-стр. поп. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В тому числ.: Сифіліс І Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В тому числ.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'який Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	41 088	1	—	—	—	1	9	—	167	51	20	5	243	—	—	—	—	—	—	—	48	29	11	4	1	4	8	—	5	15
2. Бердичів	61 734	4	1	—	—	1	—	—	204	24	4	10	1 550	2	—	1	—	—	—	—	115	204	51	—	3	—	21	—	31	24
3. Біла Церква	43 904	5	—	1	—	1	—	—	411	14	12	6	44	—	—	—	—	—	—	—	46	33	13	1	—	—	6	—	12	12
4. Вінниця	60 424	8	2	6	—	—	—	—	71	24	15	6	574	—	—	—	—	—	—	—	287	23	42	3	6	—	30	—	—	31
5. Глухів	17 436	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	79	6	7	—	—	—	11	—	—	3
6. Гумань	47 186	13	—	1	—	—	—	—	86	23	1	6	208	—	—	—	—	—	—	—	60	37	13	1	4	4	17	—	7	8
7. Дніпропетровське	268 138	82	14	11	—	24	127	—	317	272	55	86	2 478	1	—	8	—	—	—	—	984	379	121	20	11	37	125	—	85	89
8. Житомир	84 546	6	3	4	—	—	—	—	261	36	2	9	134	3	—	—	—	—	1	—	28	20	7	1	1	1	12	—	4	14
9. Запоріжжя	69 166	7	2	3	—	2	60	—	131	27	24	6	403	—	1	1	—	1	—	—	72	—	67	1	4	—	72	—	75	10
10. Зінов'ївське	73 679	4	—	2	—	4	2	—	274	38	11	—	120	—	—	1	—	—	—	—	296	24	37	1	3	4	37	—	21	31
11. Ізюм	10 793	16	—	—	—	—	27	—	—	2	2	1	32	—	—	1	—	—	—	—	26	27	1	—	—	—	4	—	2	10
12. Кам'янець	34 011	—	—	1	—	—	—	—	—	38	—	5	219	—	—	—	—	—	—	—	52	61	19	4	—	—	17	—	3	24
13. Київ	583 334	37	2	8	—	—	1	—	1 117	171	83	120	3 316	3	—	10	—	—	1	1	2 172	1 175	79	9	48	32	198	—	50	86
14. Конотіп	35 032	—	—	3	—	—	1	—	187	1	2	—	140	—	—	1	—	3	—	—	50	80	35	3	4	—	16	—	3	28
15. Коростень	15 508	6	—	—	—	—	—	—	18	14	8	4	14	—	—	—	—	—	—	—	24	10	6	—	—	—	13	—	—	13
16. Кременчук	61 332	3	3	1	—	1	134	—	80	47	30	5	115	1	—	7	—	—	—	—	192	87	80	—	1	2	54	—	2	27
17. Кривий-Ріг	40 647	6	2	3	—	4	9	—	97	8	14	—	370	—	—	1	—	2	—	—	48	2	29	4	10	3	64	—	53	8
18. Куп'янське	16 559	1	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	126	—	—	—	—	—	—	—	12	5	3	—	—	—	7	—	2	5
19. Лубні	22 202	1	2	1	—	1	1	—	134	1	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	79	31	15	—	—	2	12	—	1	4
20. Луганське	79 327	7	3	—	—	1	7	—	111	42	20	—	364	6	—	—	—	—	—	—	303	48	60	—	1	—	1	—	20	31
21. Маріупіль	46 901	5	1	2	—	—	86	—	120	39	14	5	266	—	—	—	—	1	—	—	268	98	30	6	14	5	44	—	33	21
22. Мелітопіль	28 826	6	—	2	—	—	19	—	10	7	1	3	42	—	—	—	—	—	—	—	79	20	19	11	1	1	49	—	7	23
23. Миколаїв	112 786	12	5	4	—	—	—	—	260	45	78	3	550	—	—	—	—	—	—	—	429	408	106	3	2	25	97	—	33	22
24. Могилів	24 546	1	1	—	—	—	—	—	29	2	3	1	73	—	—	—	—	—	—	—	38	2	10	2	1	—	15	—	2	32
25. Ніжень	40 972	3	12	2	—	—	5	—	85	6	3	4	259	—	—	2	—	—	—	1	214	92	3	—	—	1	8	—	1	22
26. Одеса	485 683	68	—	28	—	—	12	—	211	114	11	94	363	—	—	5	—	—	—	—	1 042	374	507	7	2	40	319	—	7	86
27. Першомайське	33 205	4	—	1	—	—	2	—	13	27	—	2	54	1	—	—	—	—	—	—	79	38	22	—	—	—	11	—	5	13
28. Полтава	95 978	1	1	6	—	—	9	—	158	33	5	9	156	—	—	1	—	—	—	—	261	245	40	3	2	—	52	—	7	21
29. Прилука	28 391	1	—	1	—	—	—	—	39	5	—	4	150	—	—	—	—	—	—	—	57	14	22	9	—	—	3	—	6	7
30. Проскурів	33 559	2	—	—	—	—	—	—	22	20	6	5	80	—	—	1	—	—	—	—	29	21	27	—	1	1	24	—	—	7
31. Ромен	27 247	—	—	—	—	—	3	—	148	16	10	9	230	—	—	—	—	—	—	—	44	14	17	2	2	—	27	—	14	19
32. Сталине	145 323	20	—	1	—	—	35	—	155	55	18	9	379	1	—	—	—	—	—	—	176	38	27	3	1	4	48	—	51	7
33. Старобільське	15 337	2	—	1	—	—	13	—	2	6	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	74	13	4	—	—	—	8	—	8	6
34. Суми	46 645	2	1	1	—	—	6	—	216	32	21	4	342	—	—	—	—	—	—	—	473	53	27	1	—	—	36	—	11	14
35. Тульчин	18 456	—	—	—	—	—	—	—	1	10	—	—	22	2	—	—	—	—	—	—	6	—	9	—	—	—	1	—	1	6
36. Харків	432 801	22	4	—	—	—	27	—	1 167	309	33	110	553	2	—	3	—	2	—	—	651	365	235	11	6	35	237	—	1	43
37. Херсон	77 279	5	—	4	—	1	43	—	121	38	1	2	40	3	1	—	—	2	—	—	189	146	24	3	8	3	42	—	14	13
38. Черкаси	48 124	5	—	1	—	2	3	—	19	12	1	—	220	—	—	2	—	—	—	—	121	78	37	2	1	2	26	—	1	13
39. Чернігів	37 822	1	—	—	—	—	—	—	135	7	2	9	11	—	—	—	—	—	—	—	111	102	20	—	—	2	29	—	—	6
40. Шепетівка	18 422	1	—	—	—	—	—	—	6	14	1	1	176	—	—	—	—	—	—	—	126	29	15	—	—	—	22	—	1	11
41. Тирасніль	24 871	—	—	—	—	5	5	—	2	11	46	—	114	—	—	—	—	—	—	—	54	—	14	—	2	..	20	—	8	32
Всього по окрмістах УСРР за лютий 1930 р.	—	368	59	99	—	48	658	—	6 585	1641	559	544	14555	25	2	45	—	11	2	2	9 494	4 431	1 911	115	140	208	1843	—	587	897
Всього по окрмістах УСРР за січень 1930 р.	3 489 220	615	60	89	—	58	854	—	5 952	1839	712	560	16727	18	3	44	—	8	3	3	15174	6 509	4 205	164	218	354	4314	1	849	1415
Всього по окрмістах УСРР за лютий 1929 р.	3 489 220	246	43	55	—	34	658	—	1 640	1194	564	237	43975	8	7	48	—	4	1	2	9 919	3 494	2 247	104	199	188	1754	1	593	878

Увага: В лютому місяці 1930 р. зареєстровано 2 випадки на проказу: 1 випадок на Миколаївщині, 1 випадок на Херсонщині.

VI. Інфекційні захворювання по округах УСРР за лютий 1930 р.

Округи	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus					Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мозковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cerеb.-spin. epid	Сап Malleus	Тепік Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. coter. organ.	Сифіліс—Syphilis			М'який Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
		Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus																	Всього	В т. ч. Сифіліс I Syphilis I	В т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.					
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	822 405	10	12	—	1	5	151	—	658	196	160	27	2 258	8	—	2	—	1	—	—	336	78	71	8	6	20	109	—	105	216
2. Бердичівська	761 175	92	8	37	—	8	9	—	943	147	72	68	2 940	11	1	4	—	1	1	2	645	340	127	5	5	—	50	—	83	281
3. Білоцерківська	886 087	88	3	10	—	5	14	—	1 272	177	147	82	1 445	14	1	13	—	1	—	2	711	146	120	5	32	1	52	1	120	265
4. Вінницька	795 629	71	4	42	—	17	6	—	360	108	76	49	1 982	10	1	5	—	1	—	—	672	112	90	6	32	1	68	3	64	300
5. Волинська	722 289	62	8	13	—	8	1	—	701	445	108	34	1 206	14	1	1	—	—	1	—	327	65	55	14	20	2	42	1	35	534
6. Глухівська	566 111	33	2	24	—	8	73	—	160	102	172	32	1 144	7	—	13	—	1	—	—	525	82	94	6	15	2	56	1	49	497
7. Гуманська	920 462	102	1	35	4	3	24	—	882	180	98	56	1 405	10	—	1	—	3	—	—	602	120	210	3	36	6	76	6	79	175
8. Дніпропетровська	1 387 606	165	22	23	—	51	396	—	760	619	177	138	4 700	18	1	8	—	3	—	2	1 386	516	179	30	41	38	265	—	451	737
9. Запорізька	573 883	28	2	7	—	7	278	—	555	136	160	26	1 111	3	1	3	—	3	—	—	339	29	154	9	35	—	142	—	224	269
9а. Дніпрельстан		5	—	2	—	—	26	—	42	11	24	—	484	—	—	4	—	—	—	—	71	5	15	—	3	—	38	—	16	25
10. Зінов'ївська	802 244	73	1	7	—	25	88	—	520	184	84	20	963	2	—	10	—	2	—	—	707	83	129	1	13	7	99	4	191	324
11. Ізюмська	394 951	43	1	12	1	—	230	—	591	82	124	60	815	7	—	2	—	—	—	—	279	60	156	15	1	1	61	2	252	761
12. Кам'янецька	549 209	144	2	20	—	4	1	—	85	253	—	63	753	9	—	2	—	2	—	—	287	131	71	6	14	—	44	3	15	165
13. Київська	1 693 547	97	4	28	1	6	56	—	1 591	346	251	213	5 410	23	2	21	—	1	1	1	3 019	1 405	190	22	94	37	285	2	332	947
14. Конотіпська	673 800	14	2	36	—	8	48	—	579	148	78	31	1 486	4	5	4	—	5	—	2	509	139	60	4	13	1	36	4	67	370
15. Коростенська	543 248	73	—	16	—	3	2	—	78	82	58	29	902	1	—	1	—	—	—	—	322	36	42	—	5	—	70	—	33	865
16. Кременчуцька	812 516	25	7	20	—	7	228	—	686	150	64	38	835	12	—	10	—	—	—	—	508	135	121	2	11	3	102	1	130	186
17. Криворізька	601 611	60	11	6	—	19	442	—	689	119	113	20	2 044	1	1	4	—	6	—	—	413	65	81	4	36	4	190	1	248	409
18. Куп'янська	445 864	26	1	19	—	4	66	—	104	93	158	15	809	12	—	—	—	2	—	—	219	40	34	—	21	—	43	—	111	515
19. Лубенська	580 837	6	3	82	—	7	33	—	830	46	51	12	954	—	1	3	—	6	—	—	386	86	99	—	9	3	51	—	65	123
20. Луганська	671 206	84	5	1	—	5	337	—	592	256	220	71	2 635	34	—	—	—	—	—	—	597	76	169	8	47	4	116	—	189	390
21. Маріупільська	449 007	9	3	4	—	—	258	—	480	248	237	36	1 215	10	—	—	—	6	—	—	419	114	85	7	45	8	76	—	181	324
22. Мелітопільська	775 229	61	3	50	2	41	430	—	531	243	97	56	1 396	15	—	7	—	8	—	—	773	58	75	17	6	1	139	—	377	732
23. Миколаївська	520 738	53	6	10	—	13	51	—	624	145	196	18	1 171	9	—	6	—	3	—	—	581	422	132	4	5	25	118	1	85	281
24. Могилівська	531 748	40	3	21	—	18	15	—	152	76	72	35	1 319	13	2	1	—	3	—	—	312	66	207	6	7	—	57	1	22	235
25. Ніженська	483 617	9	15	12	—	1	58	—	304	96	84	30	1 339	2	—	6	—	5	—	1	549	158	47	3	18	1	27	—	52	292
26. Одеська	948 123	88	1	46	—	19	84	—	597	222	138	116	1 522	4	1	10	—	4	—	—	1 527	438	550	7	2	42	362	1	156	466
27. Першомайська	686 416	82	4	13	—	12	25	—	321	166	9	45	796	12	2	9	—	9	—	—	318	87	99	5	19	—	43	5	83	184
28. Полтавська	1 121 502	52	2	72	1	—	233	—	722	193	101	87	2 310	8	2	7	—	1	1	1	883	377	114	6	7	1	163	4	187	669
29. Прилуцька	522 795	26	1	7	—	1	15	—	169	78	34	17	702	1	—	5	—	3	—	—	577	84	67	12	11	—	24	2	105	110
30. Проскурівська	587 051	30	—	25	1	5	4	—	109	194	72	37	511	6	—	3	—	1	—	1	167	67	65	1	4	2	49	2	25	171
31. Роменська	547 033	16	—	38	—	3	44	—	487	71	124	33	1 639	14	—	2	—	2	—	—	341	75	69	2	15	—	50	—	111	210
32. Сталінська	750 857	63	7	20	—	8	268	—	575	197	226	35	2 989	15	—	1	—	3	—	2	916	278	215	8	7	14	217	2	276	310
33. Старобільська	500 872	26	5	12	—	2	251	—	324	103	113	10	781	14	—	4	—	2	—	—	452	118	106	—	—	—	120	—	163	977
34. Сумська	734 236	31	1	39	—	8	67	—	1 594	336	155	53	2 151	2	1	4	—	—	1	—	1 375	195	96	4	1	1	103	—	297	535
35. Тульчинська	723 460	31	1	16	—	3	11	—	207	121	27	42	1 128	6	—	1	—	11	—	—	340	100	146	11	13	—	67	1	27	233
36. Харківська	1 671 018	128	9	27	—	10	511	—	3 208	904	222	185	4 333	33	5	15	—	7	—	—	1 941	608	421	39	115	38	344	—	807	2 393
37. Херсонська	606 596	52	5	17	—	37	611	—	1 420	205	77	49	1 211	19	1	2	2	8	—	—	556	196	88	8	23	6	129	—	114	332
38. Чернігівська	544 697	23	1	14	—	—	23	—	612	133	46	71	975	—	—	3	—	4	—	—	424	125	29	—	7	2	45	—	40	425
39. Шевченківська	1 176 529	79	6	38	—	14	31	—	1 266	101	102	46	1 117	2	—	5	—	2	1	2	995	451	166	6	21	4	103	1	125	425
40. Шепетівська	684 143	64	6	37	1	3	4	—	358	61	39	57	1 093	3	2	2	—	1	—	1	549	119	111	12	32	—	67	1	43	326
41. АМСРР	593 200	56	1	9	1	24	72	—	534	68	173	31	1 271	21	—	14	—	6	—	1	447	68	165	2	21	9	126	1	55	256
Разом	30 363 547	2 320	179	967	13	422	5 575	—	27 272	7 841	4 769	2 173	67 266	409	31	218	2	127	6	18	27302	7 953	5 320	308	864	284	4 424	51	6 190	18240
Залізниці: 1. Південні	—	10	—	3	—	—	61	—	445	69	44	21	1 129	1	—	—	—	—	—	—	675	229	73	8	6	7	64	—	45	107
2. Донецькі	—	9	—	—	—	—	56	1	154	69	23	5	935	—	—	—	—	—	—	—	243	9	56	5	24	9	68	—	37	46
3. Південно-Західні	—	26	—	4	—	—	36	—	557	73	70	46	2 477	—	—	—	—	—	—	—	374	107	210	14	31	14	138	—	22	155
4. Катеринівські	—	3	1	2	—	—	66	—	227	56	39	4	1 486	2	—	1	—	1	—	—	115	28	31	8	12	3	45	—	20	99
Разом	—	48	1	9	—	—	219	1	1 383	267	176	76	6 027	3	—	1	—	1	—	—	1 407	373	370	35	73	33	315	—	124	407
Всього по УСРР Лютий 1930 р.	—	2 368	180	976	13	422	5 791	1	28 655	8 108	4 945	2 249	73 293	412	31	219	2	128	6	18	28709	8 326	5 690	343	937	317	4 739	51	6 314	18647
Всього по УСРР Січень 1930 р.	30 363 547	3 802	245	739	15	654	7 146	—	29 071	1 0097	6 529	2 850	90 853	498	20	186	—	175	7	23	41644	11156	12064	574	1 619	595	9 319	87	8 830	21010
Лютий 1929 р.	30 363 547	1 305	127	526	2	265	5 027	1	7 875	5175	3 463	1 253	169 859	400	32	254	1	118	3	12	26616	6495	5364	316	1 045	285	4 458	62	5 049	20892

У.К.П.

Увага: 1) Зазначений в січні м-ці 1930 р. 1 випадок на проказу на Шевченківщині не ствердився. 2) В лютому м-ці 1930 р. зареєстровано 3 випадки на проказу: 1 випадок на Мико-

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку", „Картковому репертуарі" та інших покажчиках Української Книжкової Палати

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

Державна Центральна Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка". Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 9 | 15 травня 1930 року | № 9

Наказ
по Народньому Комісаріяту Охорони Здоров'я

м. Харків

№ 12.

§ 1.

Підчас відвідування лікустанов кількох округ України я констатував поліпшення постановки медично-санітарного обслуговування трудящих, яке, однак, неможна визнати за цілком достатнє.

Не кажучи про недостатність лікувальної мережі, яку треба поширити й в першу чергу в робітничих та промислових районах, а також в соціялістичному секторі села, всьому медично-персоналу та ОЗІ треба приділити максимум уваги до справи поліпшення постановки повсякденного обслуговування існуючою медичною мережою робітництва, біднішого та середняцького селянства.

І. Особливо гарне враження справили на мене лікустанови, що я їх оглянув в м. Мелітополі та Акимівська Райлікарня.

Визнаю, що керівничий склад ОЗІ, дякуючи спільній налагодженій роботі всього складу медробітників, незалежно від фаху та посади, зумів домогтися дуже задовільної постановки справи медобслуговування.

Відзначаючи у цих досягненнях заслуги медробітників м. Мелітополя, оголошую подяку окрінспекторові здоровоохорони Мелітопольщини т. **Супоницький Е. А.** та лікінспектору т. **Гольдштейну**, що чимало досягли вмілою організацією керівництва, виключно сумлінним ставленням до своєї відповідальної роботи.

II. За зразковий порядок, раціоналізацію роботи, організацію санітарно-гігієнічної консультації, диспансеризацію лікустанов — оголошую подяку зав. поліклініки тов. **Тітову С. В.** та головлікарю поліклініки тов. **Колеснікову Е. В.**

III. За правильно налагоджену диспансеризацію, задовільне охоплювання обслідувальною роботою округи, за розгорнену велику консульта-

ційну допомогу, як в галузі венерології, так і в галузі урології — оголошую подяку головлікареві окрвендиспансера тов. **Чернявському А. Б.**

IV. За бездоганний стан округової лікарні та додержування її в зразковому порядкові, за неухільне зростання лікарні напрямком піднесення кваліфікації меддопомоги та наближення її до населення, за правильний профілактичний напрямок в роботі, за піднесення наукової роботи лікарні та за правильне використання ліжок в клясовому розумінні — оголошую подяку головлікареві округової лікарні т. **Когану І. С.**

V. За своєчасну шпіталізацію хворих міста та найближчих сел, а також за зразкову чистоту лікарні — оголошую подяку головлікареві інфекційної лікарні т. **Чухланцеву П. Д.**

VI. За бездоганну чистоту та зразковий порядок — оголошую подяку зав. пологового Будинку т. **Фейгіній П. М.**

VII. За бездоганну постановку профілактичної роботи, за раціональне використання приміщнння диспансера, та за виключну постановку обліку та реєстрації, не тільки хворих, але й захорувальности — оголошую подяку зав. тубдиспансера т. **Цидульці Е. П.**

VIII. За гарну постановку роботи в лікарні оголошую подяку завідувачеві Акимівської райлікарні т. **Ломоносову А.**

О. п. Наркомздоровохорони *Канторовіч.*

З М І С Т

I. Постанови Робітничо-Селянського Уряду. 104. Постанова Раднаркому УСРР на доповідь Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча „Про стан здоровоохорони на Україні".
II. Розпорядження Намркомздоров'я. Організаційна частина. 105. Про використання кваліфікованої ліксили насамперед у безплатних установах. 106. Про підготовку аспірантів. 107. Про використання в аптеках осіб, що скінчують фарм. ВИШ'і. 108. Про усунення практикантства по аптеках. 109. Про прийом добровільним порядком лікарів у Червону армію. 110. Про організацію підвищення кваліфікації лікарів. 111. Лікувально-профілактична частина. 111. Про ретельніший відбір хорих на курорти. Санітарно-епідемічна частина. 112. Про промфінпляни на 1930-31 р. в галузі загально-оздоровних заходів. 113. Про застосування закону щодо матеріяльної участи пром. підприємств у боротьбі з епідеміями. 114. О надлежащем санитарном содержании составов пассажирских поездов. Охматдит. 115. Про організацію ясел по колгоспах. 116. Про кошти сільсько-господарської кооперації на утримання дит. установ. 117. Про обслуговування дітей кооперованих кустарів.
III. Із діяльности НКЗдоров'я та його відділів. 1. Із підсумків дитячої оздор. кампанії влітку 1929 р. 2. Про роботу УКУ за 1928-29 р. та пляни його на 1929-30 р. 3. Про участь органів НКШ у будівництві лікпрофустанов на транспорті. 4. Про медичний огляд переселенців. IV. Об'яви

I. ПОСТАНОВИ РОБІТНИЧО-СЕЛЯНСЬКОГО УРЯДУ

104. Постанова Ради Народніх Комісарів УСРР на доповідь Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча „Про стан здоровоохорони на Україні"

Аналіза основних санітарних та демографічних покажчиків загальної та дитячої смертности, захорування на соцхвороби та інш. доводить, що радянська охорона здоров'я УСРР значно посунулась наперед порівняльно до її дореволюційного стану.

Проте, розвиток здоровоохорони ще значно відстає від загального зростання економіки всієї країни і від дійсних потреб мед. сан. обслуговування робітничо-селянських мас.

Санітарний стан залюднених місць, особливо в промислових районах та центральних містах, кепський. Мережа лікувальних та профілактичних установ у місті й на селі ще зовсім не задовольняє потреб людности, так з якісного, як і з кількісного боку; недосить розгорнуто нове лікарняне будівництво, дуже відстає психіятрична допомога.

Обслуговування соцсектора на селі є особливо недостатнім, ще непомітно належного зрушення в роботі органів здоровоохорони в цьому напрямкові; за головні перешкоди тут правлять недостатність і територіяльна непристосованість медсанмережі, відсутність транспорту тощо.

Кадри медробітників-лікарів та середнього медперсоналу кількісно, а в деякій частині й якісно, недостатні, і за соціяльним складом не зовсім задовільні, брак кваліфікованих медробітників особливо відчувается в профілактичній галузі охорони здоров'я та в спеціяльних галузях меддопомоги.

Зв'язок органів охорони здоров'я з професійними, громадськими й страховими організаціями недостатній.

Не зважаючи на низку конкретних постанов РНК УСРР щодо розвинення широкої профілактики та запровадження широких оздоровних заходів, по лінії інших урядництв у галузі охорони здоров'я зроблено ще дуже мало.

Участь промисловости, кооперації, Укрколгоспу та радгоспоб'єднань, Уповнаркомшляхів та інших господарчих організацій в будівництві медично-санітарних та культурно-побутових установ (лікарень, ясел, пунктів меддопомоги, оздоровних майданчиків, санустанов тощо) конче недостатня.

Фінансові покажчики забезпечення населення медсандопомогою незадовільні, що пояснюється замалими асигнуваннями на цю мету з основних джерел фінансування, зокрема місцевого бюджету, не зважаючи на відповідну постанову ВУЦВК'у з 17липня1929 р.ч.10-402 про підвищення асигнувань у цій справі, а також недостатньою увагою з боку місцевих органів до справи охорони здоров'я.

За головну хибу теперішнього стану здоров'я треба визнати — недостатнє наближення кваліфікованої меддопомоги до виробництва та відсутність переважного обслуговування основних пролетарських кадрів та усуспільненого сектора на селі. Особливо гостро відчувається згадані хиби по промислових районах і, зокрема, в Донбасі.

Виходячи з основних завдань здоровоохорони в реконструктивну добу, Рада Народніх Комісарів УСРР постановила:

1. НКОЗ уточнити попереднє накреслення п'ятирічного пляну охорони здоров'я зв'язавши його найщільніше з розвитком промисловости, будівництвом нових міст, мережою радгоспів, комун, колгоспів, машино-тракторних станцій тощо.

2. Подати протягом місяця на розгляд РНК УСРР п'ятирічного пляну здоровоохорони по округах Донбасу.

3. НКОЗ реорганізувати та впорядкувати систему нового капітального будівництва медсанустанов, відповідно до директив НК РСІ СРСР у цій справі, організувавши в свойому складі Пляново-Будівельне Бюро, що провадило б плянування, консультаційну та контрольну роботу в цій справі.

4. НКОЗ разом із ВРНГ, НКВС та іншими зацікавленими урядницавами розробити та подати на затвердження Уряду протягом 3-х місяців конкретного пляну оздоровлення промислових районів.

5. Визнати за цілком ненормальне, що в Донбасі й Криворіжжі, не зважаючи на їхній незадовільний санітарний стан і епідемічну небезпеку,

досі нема міцної санітарної організації та потрібної мережі санітарно-протиепідемічних установ. НКОЗ вжити негайних заходів до посилення в Донбасі та Криворіжжі санітарної організації, забезпечивши її потрібними установками, кваліфікованими кадрами та найсприятливішими умовами праці для медсанробітників.

Для цього:

а) затвердити уставу про санітарну організацію в Донбасі й Криворіжжі, яка до цього додається *).

б) НКОЗ і окрвиконкомам Донбасу та Криворіжжя в біжучому році запровадити обов'язкову санітарну мережу, підвищити зарплатню санітарному персоналу й поліпшити службово-побутові умови санітарних робітників.

в) доручити НКФ УСРР у зв'язку з вищенаведеним положенням про санорганізацію, пророблти питання про розподіл коштів, потрібних для переведення цієї організації в життя ще в поточному році поміж НКОЗ та виконкомами Донбасу і Криворіжжя.

6. Уцеробсекції та НКОЗ вжити заходів щодо поліпшення громадського харчування, зокрема:

а) Уцеробсекції подбати про підсилення будівництва установ громадського харчування, притягаючи до цього кошти промислових підприємств, а також стежити за суворим додержанням встановлених норм харчування по громадських їдальнях, зокрема промислових районах та тих, що обслуговують сезонових робітників; розробити питання про норми харчування дітей;

7. НКОЗ спільно з Укрколгоспоб'єднанням та іншими відповідними установами пророблти питання про найкращі форми організації та плян розвитку колективних господарств.

8. Доручити НКОЗ протягом 1929-30 р. забезпечити пунктами першої допомоги промислові підприємства, звернувши особливу увагу на гірничу, металюргійну та хемічну промисловість.

Забезпечити пункти першої допомоги на підприємствах потрібним підготовленим медперсоналом, інструментарієм, устаткуванням.

Розгорнути по великих лікарнях спеціяльні травматологічні відділи.

Забезпечити медичні дільниці та пункти першої допомоги в вищезазначених галузях промисловости відповідними транспортовими засобами, притягаючи до цього кошти промислових підприємств Головшляхупру та промисловим підприємствам при розподілі автомашин, особливо урахувати цю потребу.

9. Запропонуватп НКОЗ, порозумівшися із НКЗС УСРР подати плян розгорнення медико-санітарної мережі, пристосованої до зросту соцсектора на селі. В цьому пляні урахувати потребу утворення при нових енергетичних та виробничих центрах кваліфікованих форм медико-профілактичної допомоги та потребу забезпечення медсанмережі транспортовими засобами.

10. Зобов'язати місцеві виконкоми головну частину коштів, що витрачається для охорони здоров'я на селі, напрямовувати для обслуговування соцсектора та звернути увагу на медсанобслуговування наймитів, робітників лісових та торфяних розробок.

11. Запропонувати місцевим виконкомам поширити медсандопомогу серед робітників радгоспів, організуючи по всіх радгоспах медпункти, поширюючи амбуляторну й ліжкову допомогу, а також установи охматдиту.

*) Цю уставу буде надруковано окремо—Ред.

Будівництво медсанустанов у радгоспах покласти на Укррадгоспоб'єднання та відповідні проморганізації (Цукротрест, Спіртотрест, Зернотрест тощо).

12. Плян обслуговування соцсектора на селі НКОЗ подати на розгляд РНК УСРР протягом 3-х місяців.

13. НКОЗ та НКПраці УСРР скласти погоджений плян мережі для профпідбору та профконсультації.

14. Доручити НКОЗ разом із НКПраці, ВРНГ та професійними організаціями розробити систему заходів, скерованих на боротьбу з симуляціями, а також форму відповідальности медперсонаму за недостатню боротьбу з цими явищами.

15. Констатуючи, що в справі розвитку місцевих курортів зроблено недостатньо, запропонувати окрвиконкомам звернути увагу на розвинення санаторної справи та курортів місцевого значіння.

16. Погодитись із постановою ВУРПС щодо об'єднання санаторно-курортної справи та будинків відпочинку НКОЗ та НКПраці й запропонувати обом наркоматам приступити до конкретного переведення в життя цього заходу.

17. НКОЗ разом із професійними організаціями вжити рішучих заходів для піднесення труддисціпліни серед медперсоналу.

Звернути увагу НКОЗ, що соцзмагання в установах НКОЗ не набувало ще належного розмаху.

18. Запропонувати НКОЗ взяти рішучий курс на оробочення свого апарату та місцевих органів охорони здоров'я, висовуючи на роботу посвоїх установах осіб з робітничого та сільського бідняцько-середняцького активу.

19. НКОЗ разом із НКО:

а) розробити питання про підготовку медичних кадрів, зокрема для профілактичного сектора та поліпшення навчальної роботи по вищих та середніх учбових медзакладах;

б) розробити тонкретні захоои, потрібні для поліпшення соціяльного складу студентів МедВиш'ів;

в) забезпечити підготовку до Медвуз'ів студентів із робітників, наймитів та селян (бідняків та середняків);

20. Щоб піднести кваліфікацію кадрів медробітників, вважати за потрібне провести низку таких заходів:

а) наукові відрядження в межах СРСР та за-кордон,

б) забезпечення медперсоналу периферії медичною літературою.

в) організація інтернатури,

г) радіофікація сільських дільниць,

д) організація лекцій по радіо,

е) організація пересувних бібліотек,

ж) відрядження фахівців на периферію для читання лекцій, доповідей та інше.

Всі ці заходи повинні провадитися, як за рахунок державного, так, головним чином, за рахунок місцевого бюджету.

21. Констатуючи, що постанова РНК УСРР з 26 квітня 1929 р. (прот. № 20 п. 3) про надання пільг виконується зовсім недостатньо, зобов'язати місцеві виконкоми та ради забезпечити медперсонал що працює по робітничих селищах та та сільських місцевостях, безплатним помешканням, опаленням та освітленням, а також забезпечити всю участкову медсанмережу транспортовими засобами.

22. Беручи на увагу, що всі заходи, яких вживалося до цього часу для забезпечення робітничих районів та сіл потрібними кадрами медпер-

соналу за рахунок тих кадрів, які тепер скупчені по великих міських центрах не дали бажаних наслідків,—НКПраці разом із НКОЗ та ВУРПС вжити найрішучих заходів для напрямування в згадані райони і села медробітників з центральних міст, де спостерігається їх значна скупченість. Ці заходи поширити і на осіб, які закінчують медВИШи. Для виконання цього завдання організувати при НКПраці УСРР центральну комісію під головуванням представника НКПраці в складі представників НКОЗ та ВУРПС, на яку покласти всю відповідальність за переведену роботу. Комісії надати право пристосувати до осіб, що ухиляються від від'їзду на периферію, таких заходів: забороняти реєстрацію їх в окрздоровінспектурах і на біржі праці, прийом на штатну і позаштатну службу, по всіх медсанустановах та в інших організаціях, не допускати до підвищення кваліфікації тощо. Надати право центральній комісії в разі потреби під своїм доглядом і керівництвом організовувати відповідні комісії на місцях.

23. НКОЗ зміцнити зв'язок поміж органами охорони здоров'я та громадськими, професійними і страховими організаціями, а також вжити заходів для піднесення самодіяльности робітничо-селянських мас у галузі оздоровлення праці та побуту. Зокрема, вважати за потрібне посилити роботу громадських організацій на боротьбу з проституцією, алькоголізмом і т. і. (Рада для боротьби з проституцією. Товариство для боротьби з алькоголізмом) з тим, щоб розгорнути в цьому напрямкові масову роботу на периферії.

24. НКОЗ пропробити питання про більше притягнення коштів кооперативних, професійних і громадськх до справи охорони здоров'я, використання їх за єдиним пляном НКОЗ.

25. НКОЗ та НКО широко розгорнути заходи щодо ліквідації санітарної неписьменности серед людности.

26. Доручити НКОЗ наблизити роботу науково-практичних інститутів до робітничих мас, в плянах роботи інститутів якомога ширше популяризувати наукові досягнення інститутів серед робічничо-селянських мас.

27. НКОЗ відповідно реорганізувати свій статистичний апарат та пристосувати форми обліку всіх заходів медсанобслуговування в соціяльно—клясовому розрізі.

ЦСУ дати в цьому напрямкові по своїй лінії відповідні вказівки.

(Ухвалено 3 квітня 1930 р.).

II. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я

Про використання кваліфікованої Ліксили насамперед у безплатних лікустановах.

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів, секцій охорони здоров'я міськрад, Зінов'ївсього та Вінницького ОВК, копія до НКОЗ АМСРР до ЦК УЧХ

Підчас розгортання платної лікмережі в сучасний момент, спостерігається таке явище, що в ці установі переходять на роботу найкваліфікованіші лікарі, а до установ, які обслуговують безплатною допомогою трудящі шари населення, ці лікарі до роботи не притягаються.

Це утворює такий стан, що працюючому, коли він бажає користуватися кваліфікованою допомогою, в цих місцях доводиться звертатися за нею до платної лікустанови.

Це безумовно неприпустимо, а тому НКОЗ пропонує вжити належних заходів, щоб всю кваліфіковану ліксилу було використовано на роботі в першу чергу в безплатних лікпрофустановах.

Заст. Наркомздоров'я УСРР *Нагорний*

За зав. орг. інстр. від. *Станіславський*

Погоджено з ВУКом МСТ: *Мазманьянц*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7 — 30 з 26 березня 1930 р.)

106. ПРО ПІДГОТОВКУ АСПІРАНТІВ.

До всіх окрздоровінспектур та МСУ. Копія до НКОЗ АМСРР до ВУК МСТ

У зв'язку з надзвичайною важливістю справи підготовки нових пролетарських кадрів для нової наукової зміни та гострою кризою наукових кадрів, треба рішуче приступити до здійснення постанов директивних органів у напрямку плянового підготування нової наукової зміни. Основна система підготовки наукових робітників — це є система аспірантури, що буде тепер провадитись по науково — практичних та науково — дослідних інститутах Наркомздоров'я та НКОсвіти.

Мета аспірантури—це дати протягом трьох років закінченого наукового робітника так для роботи на посаді викладача, як і фахівця для високо-кваліфікованої науково-практичної та дослідної роботи.

У зв'язку з цим значно збільшується кількість аспірантів.

З 1 жовтня 1930 р. буде обрано по медично — біологічній вертикалі 200 аспірантів за такими фахами (див. розподіл) на трирічний аспірантський стаж у Харкові—75, Києві—70, Одесі—25, Дніпропетрівському—16.

У зв'язку з тим, що аспірантура повинна в значній частині комплектуватися з лікарів, що мають практичний стаж, Наркомздоров'я пропонує вам, погодивши це із відповідними органами Медсантруд, висунути лікарів кандидатів до аспірантури. Ці кандидати повинні бути цілком радянськими фахівцями, переважно з робітників або біднішого селянства, в першу чергу — партійців, віком не більше 35 років; бажано з тих, що закінчили мед. ВИШ'і за останні 5 років.

Кандидатури треба попередньо обговорити на лікарських конференціях або зібраннях.

Висуваючи кандидатуру, треба одночасно сповіщати докладні відомості щодо громадської та політичної характеристики окремого лікаря кандидата (відомості подаються за формою, що до цього додається).

Всі матеріяли щодо висування аспірантів, заявки тощо надсилаються не пізніше 15 червня до НКОЗ.

Прийом до аспірантури провадиться за системою колоквіяльних іспитів.

Аспіранти одержуватимуть 150 карб. на місяць, та по змозі, їх буде забезпечено житлом.

Підготовчі курси до аспірантури

Крім 200 аспірантів, що їх буде обрано жовтня 1930 р., для підготовки аспірантів до вступу в 1931 р. утворюються в Харкові, Києві, Одесі та Дніпропетровському однорічні підготовчі курси, спільні для всіх вертикалей (медичн. індустр. агроном., тощо). Ці підготовчі курси мають на меті дати не тільки загальні знання спеціяльного характеру, але й озброїти

кандидата марксистсько-ленінською методологією. Крім того, на курсах обов'язково вивчають чужоземні мови.

До цих підготовчих курсів треба також висунути лікарів-практичних робітників кількістю 150 ч. Кандидатів до зарахування на підготовчі курси треба висунути в такому самому порядку, як і для аспірантури.

Заявки окрздоровінспектур на зарахування до підготовчих курсів до аспірантури треба подавати не пізніше, як 15 червня 1930 року до Укрнауки НКОсвіти в Харкові та до уповноважених Укрнауки в Києві, Одесі, Дніпропетрівському (в копії до Наркомздоров'я Орг. Інстр.).

Окремі лікарі також можуть подавати до аспірантури або до підготовчих курсів до аспірантури, але з тим, щоб ці лікарі мали відзиви або рекомендації партійних або радянських та професійних організацій.

Беручи на увагу те, що справа підготовки наукових кадрів має виняткове значіння, Наркомздоров'я пропонує широко оповістити всіх лікарів вашої округи про прийом до аспірантури та до підготовчих курсів.

Додаток: розподіл аспірантур за фахами.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*

Зав. орг. інстр. від *Кушнір*

(Об розп. НКОЗ ч. 7 — 2 з 5 квітня 1930 р.)

Розподіл аспірантури за фахами

1. Анатомія	3
2. Патологія	4
3. Фарм. хемія	5
4. Фізіологія загальна та праці	12
5. Пато-фізіол	5
6. Медічна хемія та біохемія	7
7. Фармакологія з токсигологією	5
8. Патол. анатомія	3
9. Судова медицина	2
10. Соціяльна гігієна та патологія	10
11. Гігієна загальна	3
12. Гігієна проф.	12
13. Епідеміологія	5
14. Протозоологія	2
15. Бактеріологія	5
16. Саніт. педагогіка	3
17. Туберкульоза	5
18. Венерологія	5
19. Рентгенологія	5
20. Рентгенофізика	3
21. Психоневрологія	6
22. Наркологія	2
23. Психіятрія	6
24. Психотехніка	3
25. Хірургія	10
26. Терапія	10
27. Ляриногологія	5
28. Офтальмологія	5
29. Акуш. та гінекол.	6
30. Педіятрія	8
31. Педологія	5
32. Охорона здоров'я дітей	6
33. Ортопедія та травматологія	8
34. Одонтологія	2
Разом	191 чол.

107. Про використання в аптеках осіб, що скінчують фарм. ВИШ'і

До всіх окрвідділів праці

Копія до ректорів Фармвузів, зав. окрздоровінспектур та МСУ, облік-розподілу Зінов'ївського та Вінницького ОВК

За відомостями, що є в НКОЗУ, особи, що кінчають фармвуз'и, використовуються в ріжних лябораторіях та на інш. посадах не по лінії фармацевтичній.

Ураховуючи гострий брак фармацевтів по округах, а також те, що основна мета фармвузів полягає в тому, щоб підготовлювати робітників саме для аптек, НКПраці за погодженням з НКОЗдоров'я, пропонує направляти фармацевтів до аптек, використовуючи їх тільки на фармацевтичній роботі, а не на посадах іншого характеру.

Керовник сектора постачання та підготовки кадрів
НКПраці УСРР *Полтавченко*

(Об. розп. НКПраці з 3 квітня 1930 року)

108. Про усунення практиканства в аптеках

До всіх окрздоровінспектур

Копія до всіх аптекоуправлінь, НКОЗ АМСРР, ЦК УЧК

Не зважаючи на неодноразові вказівки Наркомздоров'я про потребу використовувати для кваліфікованої роботи в аптеках лише фармацевтів і категоричну пропозицію щодо заміни працюючих по аптеках практикантів фармацевтами в низці округ до цього часу що є значна кількість аптечних практикантів на відповідальній аптечній роботі.

Таким чином, з боку окремих окрздоровінспектур та окраптекоуправлінь спостерігається відсутність належної зацікавлености у всебічному підвищенні кваліфікації аптечних робітників, тобто й у забезпеченні доброякісної лікдопомоги населенню. Ці саме округи навіть і не звертаються до Наркомздоров'я із заявками на потрібний кваліфікований фармперсонал.

Отже, щоб остаточно припинити інститут аптечного практиканства, що є цілком можливим в умовинах пляномірного функціонування заочних фармкурсів НКОЗУ, Наркомздоров'я цим категорично пропонує вам:

1. Виявити кількість некваліфікованих аптечних робітників по всій мережі аптек вашої округи, так госпрозрахункових, ак і бюджетових тощо.

2. Спільно з представником профспілки розвідати кожний окремий випадок запрошення госпорганом аптечного практиканта до роботи в аптеці, для притягнення цих осіб до відповідальности у грубому порушенні директив Наркомздоров'я в зазначеному питанні.

3. Усіх аптечних практикантів, що тепер не проходять заочних фармкурсів НКОЗУ (у тому числі й тих, що залишили курси) та не зараховані до другого набору цих курсів— перевести на некваліфіковану роботу, або зовсім звільнити у термін, не пізніше, як 15 червня поточного року.

Щодо середнього медперсоналу (лікпоми, акушерки тощо), що працюють по аптеках, то такий належить у пляновому порядку й не пізніше, як протягом одного року—перевести на роботу на основній спеціяльності.

4. Подати до НКЗдоров'я не пізніше як до 25 квітня ц. р. заявку на потрібну кількість кваліфікованого фармперсоналу для задоволення за рахунок передбаченого 1 червня ц. р. випуску українських фармтехкурсів.

Про конкретні заходи, які ви вжиєте на виконання цього розпорядження, повідоміть НКЗдоров'я.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*
За зав. орг. інстр. від. *Духін*
За зав. лік. проф. від. *Радченко*

(Об. розп. НКОЗ ч. 140-лп з 6 квітня 1930 р.)

109. Про прийом добровільним порядком медлікарів у Червону Армію

До відому всіх окрздоровінспектур, медсануправ, до НКОЗ АМССР НКОЗ подає лист Гол. Управління РСЧА з 28 березня 1830 р. ч. 1/7—12803

В Народный Комиссариат здравоохранения УССР, ВУК союза „Медсантруд“
Центральное Посредбюро при Наркомтруде УССР
Б Харьковское, Киевское и Одесское областные посреднические бюра медработников

Сообщается для сведения и об'явления заинтересованным лицам циркулярное разпоряжение Главного Управления РККА за № VVI(1)0302:

„В связи с имеющимся некомплектом в РККА мед. врачей, РВС СССР разрешил принимать в добровольном порядке, с зачислением непосредственно на штатные врачебные должности в кадрах РККА, медицинских врачей, еще не проходивших действительной военной службы и обязанных прохождением таковой в порядке раздела Х-го закона об обязательной военной службе.

При этом врачи, не прошедшие высшей допризывной подготовки, предварительно привлекаются к двухмесячному строевому обучению в качестве красноармейцев рядового состава.

Прием указанных врачей в кадры РККА в качестве добровольцев может произво диться в течение всего года, вне зависимости от общеустановленных сроков призыва.

Назначение на штатные врачебные должности указанных врачей производится приказами Начальников военно-санитарных управлений округов

Принимаемые в порядке настоящего распоряжения медицинские врачи обязаны прослужить в кадрах РККА не менее двух лет (ст. 193 об обязательной военной службе).

Основание: Постановление ПК РВС СССР от 28-XII 1929 г.

п.п. Начальник Главного Управления РККА *Куйбышев*

Зам. Начальника Управления *А. Еутор*

110. Про організацію підвищення кваліфікації лікарів

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів, Зінов,ївського та Винницького ОВК. до медсанупру Дніпрельстану

Копія НКОЗ АМСРР

В умовах плянового розвитку охорони здоров'я, що його накреслив п'ятирічний плян, справа підготовки кадрів та підвищення їх кваліфікації, набуває суто важливого значіння.

Беручи на увагу те, що Наркомздоров'я за держбюджетом не має можливости повністю охопити всі лікарські контингенти, що їх кваліфікацію треба підвищити,— Колегія Наркомздоров'я визнала за потрібне, щоб округи взяли активну участь у справі підготовки фахівців та підвищення їх кваліфікації.

Отже, надсилаючи при цьому положення про організацію підвищення кваліфікації лікарів в округах, Наркомздоров'я пропонує приступити до організації заходів, що їх передбачає положення. Одночасно НКОЗ звертає увагу на те, що нитрати на ці заходи треба обов'язково передбачити в кошторисі 1930-31 року.

Щодо розподілу округ поміж інститутами удосконалення, в справі керування підвищенням кваліфікації в округах, тимчасово до відкриття інституту удосконалення в Дніпропетровському зберігається розподіл, що його встановлено для напрямлення на курси участкових лікарів (бюл. НКОЗ 1928 р. № 18).

Про заходи, що їх вжито на виконання цього обіжника, треба подати відомості.

Додаток: Положення про організацію підвищення кваліфікації лікарів в округах Форму пляну буде надіслано додатково.

Зав. орг. інстр. відділу *Кушнір*

Ст. інспектор *Рапопорт*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-6 27 березня 1930 р.)

Положення

про організацію підвищення кваліфікації лікарів в округах

Шоб максимально збільшити кількість лікарів, що підвищують свою кваліфікацію, на окрздоровінспектури та на медсанупри покладається обов'язок запровадження таких заходів:

А. Інтернатура за місцеві кошти

1. Окрздоровінспектури та медсанупри повинні мати інтернів з різних фахівців із розрахунку не менш загальної кількости лікарів даної округи чи уалізниці.
2. Інтернатуру провадиться по медсанустановах, що забезпечені відповідним керівництвом так в окружних центрах, як і по за ними.
3. Термін інтернатури встановлюється, як правило, від одного до двох років залежно від фаху.
4. Добір інтернів провадить окрздоровінспектура, погоджуючи це з окрфілією МСТ переважно з лікарів, що працювали не менше трьох років на селі.
5. Інтернатура за місцеві кошти провадиться за програмом та учбовим пляном, що їх розроблюють Інститути Удосконалення лікарів під загальним керівництвом відповідного Інституту Удосконалення, що до нього стосується округа або МСУ.

Короткотермінові курси-конференції

6. Для удосконалення лікарів в окремих галузях медицини, щоб ознайомити їх з новими досягненнями, новими методами, інструктувати з окремих питань (наприклад, питань епідеміології тощо) округи та МСУ повинні утворювати короткотермінові курси-конференції протягом 2 тижні.

7. Курси-конференції організуються так в окружному центрі, як і в районних центрах за загальним пляном робіт відповідного Інституту удосконалення.

8. Для переведення цих курсів-конференцій використовуються місцеві кваліфіковані фахівці, а також запрошуються наукові керівники через відповідний Інститут Удосконалення.

9. Окрздоровінспектура, де Інститут удосконалення передбачає за згодою з ОЗІ перевести таку конференцію, повинна завчасно подбати про виклик слухачів, забезпечити їх гурткожитком та харчуванням, та взагалі утворити сприятливі умови для переведення конференції.

Всі витрати, що зв'язані з приїздом наукових керівників, оплачує окрздоровінспектура або МСУ, які повинні переказати завчасно відповідні кошти до Інституту удосконалення.

В. Прикомандирування до окружних медсанустанов.

10. Беручи на увагу недостатню кількість лікарів, що їх перепускають українськ інститути удосконалення лікарів та обмежену кількість місць для УСРР на курсах РСФРР округи повинні максимально використовувати можливості підвищення кваліфікації в окружних медустановах.

11. Лікарі, що працюють по сільських медсанустановах, зокрема молоді лікарі останніх випусків, після двох років праці в обов'язковому порядкові прикомандировуються до окружних медсанустанов (лікарень, диспансерів, лябораторій тощо) для удосконалення терміном не менш одного місяця, причому їм зберігають утримання від РВК та надають гуртожиток та харчування за рахунок окрздоровінспектури або Райвиконкому.

12. За взаємною згодою округ можна прикомандировувати лікарів до установ іншої округи.

Г. Практикантство—поверхштатна ординатура.

13. Органи охорони здоров'я повинні широко розгорнути практикатнство, як методи підвищення кваліфікації, на підставі інструкції НКОЗ з 26 січня 1928 р. (Бюл. НКОЗ 1928 р. № 3).

14. До поверхштатної ординатури лікарі припускаються розпорядженням головного лікаря з наступним затвердженням окрздоровінсектури.

15. По кожній установі встановлюється певна кількість практикантських місць, про ці місця широко оголошується до відома лікарів.

16. До поверхштатної роботи не припускаються лікарі, що ухилились од від'їзду на роботу — дезертири праці.

Д. Підвищення кваліфікації по радіо.

17. Окрздоровінспектури повинні подбати про повну радіофікацію всіх сільських медустанов. Радіоприймачі встановлюється коштами окрздоровінспектур, причому—

18. На Харківський Інститут удосконалення покладається обов'язок переводити через Радіоцентр систематичний курс лекцій по радіо не менш двох разів на декаду. Програма лекцій та години передання оповіщається завчасно та публікується в місцевій пресі загальній та спеціяльній.

Е. Наукові відрядження до інститутів.

19. Наукові відрядження до Інститутів удосконалення УСРР на курси та для індивідуальної спеціялізації округи дають за певним річним пляном Наркомздоров'я.

20. Окрздоровінспектура та МСУ щорічно складають плян підвищення кваліфікації лікарів та за місяць до початку бюджетового року подають до НКОЗ заявки зі зазначенням орієнтовної потреби в наукових відрядженнях за різними фахами та переліком заходів, що їх ОЗІ вважає за потрібне провести в окрузі для підвищення кваліфікації.

На підставі цих матеріялів НКОЗ складає загальний плян підвищення кваліфікації на рік.

21. Округи та МСУ повинні широко використовувати платні курси інститутів удосконалення, напрямляючи на них лікарів за рахунок органів охорони здоров'я.

22. Для певного використування учбових можливостей науково-практичних інститутів НКОЗ (туберкульозн., венеролог., сан. бакт. та інш.) по кожному Інституту встановлюється за поданням Наукової Ради певна кількість учбових місць, тобто з'ясовується, яку кількість лікарів інститут може розмістити для учоби.

23. Напрямлення на ці місця провадиться з округ через Інститути удосконалення в певні терміни, що їх встановлює ці інститути, після попереднього запитання з округ до інституту та одержання згоди Інституту удосконалення.

24. Керування роботою лікарів, що прикомандировані до інстититутів, належить до обов'язків наукових робітників Інститутів.

Ж. Наукові відрядження до РСФРР.

25. Наукові відрядження з округ до інститутів РСФРР провадяться двічі на рік виключно за розподілом НКОЗ УСРР. Відряджувати до РСФРР без розподілу НКОЗ не дозволяється.

Порядок напрямлення лікарів.

26. Щоб пляново відряджувуати лікарів для підвищення їх кваліфікації кожна округа встановлює такі кандидатські списки лікарів, що їх відряджують для підвищення кваліфікації порядком черги:

а) лікарів, що їх напрямлюють до округових або великих райлікарень
б) „ „ „ „ „ Інститутів УСРР
в) „ „ „ „ „ „ РСФРР
г) „ „ „ „ „ за кордон.

Встановлюючи черги, ураховується тривалість праці в окрузі — громадський стаж. Ведення списків покладається на ОЗІ та секції охорони здоров'я міськрад.

Кошти на підвищення кваліфікації.

27. Окрздоровінспектури та МСУ повинні передбачати в кошторисах відповідні витрати на оплату відряджень. При напрямленні лікарів поза окружним центром не на стипендію НКОЗ, лікарю треба виплачувати, крім утримання по посаді, не менш 80 карб. за кожний місяць відрядження.

Відслуговування за наукові відрядження.

28. За всі наукові відрядження лікарі зобов'язані згідно з постановою РНК УСРР з 19 травня 1925 року відслужити з розрахунку 1 | міс. служби за місяць відрядження, але не менше одного року.

Примітка. Лікарі, що одержали короткотермінові відрядження в порядкові пильги за два роки роботи на селі, відслуговувати не зобов'язані.
Слухачі тижневих або двотижневих курсів — конференцій також не повинні відслуговувати.

Наркомздоров'я *Конторович*

Зав. орг. інстр. відд. *Кушнір*

111. Про ретельніший відбір хорих на курорти

До всіх окрздоровінспектур, копія до ВУК'ів профспілок та до коопорганізацій

Практика минулого року виявила, що на курорти направляється велику кількість хорих з протипоказами, які повертаються назад і примушені зайво витрачати здоров'я, гроші та час. Таких хорих однаково багато серед направлюваних так за рахунок Головсоцстраху, як і за рахунок кооперативних та професійних організацій. Хорих, що направляються на курорти, недосить оглядається і на грязьові курорти направляють хорих з туберкульозою легень, на курорти приїжджають хорі з гонореєю, люесом, тощо. На курорти направляють безнадійних, таких, що повинні перебувати не на курортах, а по лікарнях. Нерідко, особливо кооперативні організації, направляють хорих без медичного огляду в наслідок чого по деяких санаторіях кількість протипоказаних сягає 12 - 15%.

Вважаючи за неприпустиме таке ставлення до відбору хорих, Наркомздоров'я пропонує:

1) Категорично заборонити будь-кому видавати курортні книжки хорим, що не мають висновку поліклініки про потребу в курортному лікуванні.

2) Запропонувати курортам всіх хорих, що їх направляють ріжні організації на курорти з протипоказами, повертати назад без оплати за невикористане лікування.

3) Передавати всі справи про неправильне направлення хорих прокуророві, щоб притягти винних до відповідальности за неправильне використання державних коштів.

4) Запропонувати окрздоровінспектурам звернути увагу на те, щоб хорим, які напрямляються на курорти, було зроблено всі потрібні дослідження (сечі та інш.).

5) В округові комісії, що напрямлюють селян на курорти, повинні входити кваліфіковані лікарі. Запропонувати комісіям використати в разі потреби всіх відповідних фахівців.

Заст. НКЗдоров'я *Кустелян*. Нач. УКУ *Туркельтауб*.

Заст. Зав. лік. проф. віц. *Трахтман*.

(Об. розп. НКОЗ та УКУ ч. 166.36 з 4 березня 1930 р.)

112. Про промфінпляни на 1930-31 р. в галузі загально-оздоровних заходів

До всіх окрздоровінспектур та окрвиконкомів

Копія до НКОЗ АМСРР

У зв'язку з наближенням терміну складання промфінплянів на 1930-31 рік лінією промисловости Наркомздоров'я пропонує вам терміновим порядком надіслати ваші вимоги до відповідних підприємств, керуючись законом 20 березня 1929 р. „Про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з епідеміями по промислових районах" та іншими законодавчими підставами.

Беручи до уваги, що президія ВУЦВК'у своєю постановою з лютого-30 р.(прот. № 34-426 п. 4) поширила на радгоспи УРГО та Цукротресту вищезгаданий закон з 20 березня 1929 р., Вам належить і до них застосувати його при накресленні заходів на 1930-31 р.

Для виявлення всіх потрібних оздоровних заходів — вам належить мобілізувати всю санітарну організацію округи з тим, щоб, на випадок потреби, для удосконалення обліку заходів перевести відповідні обслідування санітарного стану окремих великих робітничих селищ та підприємств

Встановлюючи характер та розмір заходів на 1930-31 рік, слід виходити з наміру поступового плянового оздоровлення робітничих селищ протягом ближчих років, здійснюючи лише частину капітальних робіт у наступному 1930-31 році.

За вашими заявками треба враховувати реально-можливі заходи по таких галузях, залежно від характеру селищ або підприємств:

1. Впорядкування наявного водопостачання, зокрема-хльорування та очищення питтєвої води, коли цього вимагає стан водопостачання, а також поширення або будування нових водогонів щоб забезпечити робітниче населення питтєвою водою; передбачення коштів на переведення дослідчих робіт щодо встановлення зони санітарної охорони й переведення в межах зон оздоровних заходів у напрямі захисту джерел центрального водопостачання.

2. Спорудження установок для очищення спадних вод промислових підприємств, зокрема-хемічних, шкіряних, паперових, цукроварень та гуралень.

3. Будівництво селищних лазень та пралень із таким розрахунком, щоб протягом трьох років (до кінця п'ятирічки) було забезпечено перепуск через лазню 50% робітничого населення 1 раз на декаду й прання білизни — 2 кіло на душу на тиждень; на 1930-31 рік слід забезпечити лазнями й пральнями всі великі робітничі селища, де за останні роки спостерігалося розповсюдження епідемічних захворувань. Всі радгоспи, за постановою РНК СРСР. „повинно забезпечувати лазнями протягом I року" (газ. „Известия" № 17 з 17 січня 1930 р.).

4. Організування збору, хоронення, вивозу та унешкіднення бруднин та покидів щоб стосовно до правил Центральної Сантехради (Зб. Уз. від, II № 33-34 за 1927 р.), здійснити ці заходи протягом 1930-31 та 1931-32 р. р., причому в 1930-31 року треба здійснити спорудження непроникливих вигребів, помійниць і скриньок для сміття, з організацією асенізаційних валок та полей асенізації по тих робітничих селищах, що є в огнищами кишкових захворувань.

5. Каналізування найбільших робітничих селищ або частин цих селищ, коли вони мають багатоповерхову забудову та приєднання будинків до водогону.

6. Цілковите здійснення в 1930-31 р. будівництва санізоляційних пунктів для перепуску нової робочої сили, що прибуває на підприємство або до селища.

7. Участь підприємств у будуванні органами ОЗІ дезстанцій і в переведенні інших заходів у галузі боротьби з епідеміями стосовно до закону 20 березня 1929 р.

8. Спеціяльні епідемічні кредити на протиепідемічні заходи (утримання санізоляційних пунктів, дезсправа і т. і.).

Беручи до уваги, що промислові підприємства повинні брати участь у поступовому пляновому оздоровленні робітничих селищ врівні також і з матеріяльними витратами

місцевого бюджету (селищних, міських рад, райвиконкомів) через те, що комунально-побутове обслуговування робітничого населення є також завдання і селищних або міських рад, вам треба накреслюючи всі заходи і вартість їх на 1930-31 рік, погодити так із про мисловими підприємствами, як і з селищними або міськими радами за належністю, виявляючи також і матеріяльну участь останніх.

Переводячи цю роботу, вам треба розгорнути широку кампанію за оздоровлення робітничих селищ із притягненням масової громадської самодіяльности, враховуючи що наслідком громадської самодіяльности повинні бути також і найпростіші санітарні оздоровні заходи.

Для належного плянування оздоровних заходів ви повинні притягти до роботи також і окрвідділ комунального (місцевого) господарства.

На підставі переведеної у зазначеному напрямі роботи, вам належить скласти конкретно формульовані та обґрунтовані вимоги по зазначених галузях до промислових підприємств зазначаючи місця переведення робіт, характер, обсяг та вартість їх на 1930-31 рік та участь у цих заходах місцевих органів влади (міськрад, сільрад, райвиконкомів).

Беручи до уваги надзвичайну серйозність питання, вам, щоб виконати це завдання належить організувати спеціяльну ударну бригаду санлікарів, через яку й перевести всю роботу протягом не більше 1 місяця.

Певні матеріяли, що ви маєте подати, як вимогу до підприємств, ви повинні надсилати в копії до Наркомздоров'я, щоб об'єднати заходи в єдиний республіканський плян і просунути його далі по лінії республіканської та союзної промисловости.

Подання вимог до підприємств і надсилання копій до НКОЗ треба робити поступово протягом усього місця роботи.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Зав. сан. епід. відділу *Марзеєв*

(Об. розп. НКОЗ ч. 27-5 з 2 квітня 1930 р.).

113. Про застосування закону щодо матеріяльної участи пром. підприємств у боротьбі з епідеміями.

До всіх окрздоровінспектур, до НКОЗ АМСРР

Наркомздоров'я при цьому надсилає копію постанови НКОЗУ на застосування закону 20 березня 1929 р. „про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з епідеміями в промислових районах", що її погоджено з ВРНГ УСРР 21 лютого 1930 року і пропонує покласти її в основу при стосунках з промпідприємствами в галузі переведення ними загально - оздоровних заходів по робітничих селищах.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Зав. сан. епід. відділу *Марзеєв*

(Об. розп. НКОЗ ч. 27-5 з 30 березня 1930 р.)

Постанова

Народнього комісаріяту охорони здоров'я УСРР

„Про встановлення порядку та строків здійснення промисловими підприємствами заходів, що їх передбачено арт. 3 постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР з 20 березня 1929 р. „про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з епідеміями в промислових районах" (Зб. Узак. 1929 р. № 10 арт. 77).

На підставі арт. 7 і уваги I до арт. 3-го постанови Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету й Ради Народніх Комісарів УСРР з 20 березня 1929 року „Про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з епідеміями в промислових районах" (Зб. Узак. 1929 р. № 10 арт. 77), Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР за згодою з Вищою Радою Народнього Господарства УСРР постановив затвердити такі порядок і строки здійснення промисловими підприємствами заходів, що їх передбачено арт. 3 зазначеного вище закону.

I. Щодо водопостачання

1. Населенню робітничих селищ належить постачати для питних та господарчих потреб воду, що відповідає вимогам, що їх ставиться до питної води, тобто вода не

повинна в 1 куб. см. мати кількість бактерій більше за 1.000 при титрі кишкової палички не вище за 10 куб. см. і не повинна мати в своюму складі аміяку й азотистого квасу. Хемічна якість води повинна бути не гіршою за середні норми, що їх встановив санітарний догляд по окремих інгредієнтах для даного району й ні в якому разі вода не повинна мати хемічних домішок, або зважених речовин, що є наслідком її забруднення й що не властиві питєвим водам даного району.

Увага: Здатність води для питних та господарчих потреб встановлюють органи місцевого санітарного догляду.

2. По всіх випадках невідповідности якости води, що її подається населенню селищ до вимог, зазначених у арт. 1-му, промислові підприємства, за вказівками санітарного догляду, вживають негайних заходів, щоб довести її до якости, зазначеної в арт. 1-му, причому дезінфекцію води здійснюється хльором. На випадок потреби передбачається влаштування очисних споруджень (відстійників, фільтрів, коагуляційних споруджень і т. інш.). При забрудненні джерел водопостачання населення (так робітничих селищ, як і сільського й міського) спадними водами або покидами виробництва — адміністрація підприємств передбачає переведення відповідних заходів по своїх промфінплянах у строки, що їх погоджується з санітарним доглядом.

3. Кожне джерело вододостачання повинно для його охорони від забруднення мати охоронну зону.

Програму обслідувань для встановлення охоронної зони складає санітарний догляд, а кошти, що їх потрібно для переведення цих робіт по обслідуванню й встановленню меж зони, відпускаються підприємства. Черговість і строки встановлення меж охоронної зони переводиться за пляном, що його розробляють округові інспектури охорони здоров'я й погоджують з підприємствами, однак, з таким розрахунком, щоби зони санітарної охорони для всіх водогонів, що існують, було встановлено терміном не пізніше за 4 роки.

Увага: Остаточне затвердження зони санітарної охорони водогонів і потрібних у їх межах оздоровних заходів проводить Наркомздоров'я для водогонів великих міст і окружні виконавчі комітети — для водогонів робітничих селищ за інструкцією Центральної Санітарно-Технічної Ради з 31-XII-25 р. „щодо санітарної охорони джерел центрального водопостачання" (Зб. Узак. від. II № 27 арт. 72) і постанови РНК УСРР з 30 липня 28 р. „Про зміну арт. 5 постанови РНК „про санітарну охорону вод" (Зб. Узак. 26 р. № 16 арт. 145).

II. Щодо обслуговування робітничого населення лазнями й пральнями.

1. Кожне робітниче селище, що знов будується, належить забезпечувати лазнею та пральнею, що відповідають нормам, яких затверджено Центральною Санітарно-Технічною Радою УСРР.

2. Перепускну здатність громадської лазні треба розраховувати не менш, ніж на обслуговування 50% всього населення протягом декади, з обрахунком приросту населення селища на низку років у межах участку, що його плянується під селище.

3. Розмір громадської пральні повинен бути такий, щоб обслуговувати робітничу частину населення (так при ручному, як і механічному пранні) з розрахунку двох кілограмів білизни на тиждень на 1 душу населення.

4. Громадські пральні можна будувати так центральні для обслуговування всього селища, як і окремі, що обслуговують населення окремих груп будинків.

5. Робітниче населення (з сім'ями) старих селищ, що не мають громадських селищних лазень, або забезпечені лазнями недостатніх розмірів, забезпечується ними протягом трирічного терміну, починаючи з 30-31 року з розрахунку перепускної здатности, що її зазначено в арт. 2-му цього розділу. Черговість встановлюється така:

а) в перші 2 роки селищними лазнями й пральнями забезпечується всі робітничі селища, що зовсім не мають лазень і по яких робітнича частина населення не може користуватись для життя лазнями, що є при промислових підприємствах через відсутність або відцаленість їх, або через неможливість вилучати достатню кількість годин користування лазнею для обслуговування населення;

б) третього року будівництво лазень і пралень переводиться по робітничих селищах, де обслуговування селищного населення так існуючими селищними, як і виробничими лазнями є недостатнім і не відповідає вимогам арт. 2 цього розділу.

6. Спис селищ та строки здійснення в них лазневого й пральневого будівництва встановлюється в межах кожної округи окружною інспектурою охорони здоров'я за матеріялами санітарного догляду й промислових підприємств.

7. Селищні лазні, що їх будується після оголошення цієї постанови, належить проектувати так, щоб на випадок виникання епідемій — їх можна було перетворити на лазні перепускного типу.

Влаштування спеціяльного помешкання й встановлення в ньому дезкамери є обов'язковим.

8. На випадок віддалення селища з населенням не більш за 300 осіб од виробництва не більше за 1 кілометр-припускається об'єднувати селищну лазню з виробничим перепускником в одному будинкові. Також можна об'єднувати в одному будинкові селищні лазні й пральні.

III. Щодо очищення селищ од забруднень та покидів

1. По неканалізованих робітничих селищах, так що їх знов будується, як і старих — при кожному житловому будинкові належить устаткувати надвірні вихідники з кількістю очків, не менш за 1:20—25 осіб із відділками для чоловіків та жінок, влаштовані за правила ми Центр. Сантехради (Зб. Узак. від. II № 33-34 —1927 р.). По селищах, що вони ними не забезпечені як кількісно, так і якісно — роботу по перевлаштуванню вихідників належить перевести протягом 30-31 року. На той самий термін треба ліквідувати вихідники, що їх повернено на вулиці й перенести їх на місця за вказівками санітарного догляду.

2. Для збирання рідких бруднин, на випадок відсутности каналізації, в кожному селищі, при знов будуємих житлових будинках належить одночасно влаштовувати непроникливі вигреби й помійниці, а для збирання твердих покидів (по всіх селищах) спеціяльні сміттьові скрині.

3. На випадок наявности по існуючих селищах вигребів, помійниць і сміттьових скринь, що не відповідають вимогам Центральної Санітарно-Технічної Ради, їх належить замінити новими протягом 1930-31 р. і 1931-32 р. Черговість встановлює за матеріялами про санітарний стан селищ у межах округи — окружна інспектура охорони здоров'я.

4. По селищах, що їх знов будують з багатоповерховою забудовою й включенням будинків до водогінної мережі одночасно розроблюється проєкт каналізації з очищенням спадних вод і споруджується саму каналізацію в міру забудови селища.

5. По існуючих робітничих селищах за наявністю великого забруднення їх спадними рідинами що викликається приєднанням будинків до водогону, наявністю в них ванн і перешкод через це належній постановці вивозу бруднин, влаштовують каналізацію в строки, що їх підприємства, або селищні ради за належністю погоджують з окрздоровінспектурами.

> Увага. На випадок наявности зазначених в цьому пакті моментів забруднення окремих частин селищ, в цих можна здійснювати часткову каналізацію.

6. По робітничих селищах, що не мають каналізації, або що мають будинки, до неї неприєднані—для вивозу рідких бруднин і по всіх селищах для вивозу твердих покидів треба утримувати спеціяльну асенізаційну валку, що складається з асенізаційних бочок і колимаг у кількості, що забезпечує регулярний вивіз бруднин і покидів за умови, щоб не припускати заповнення прийомників вище за 3-4 їхнього обсягу. Потрібне збільшення валки підприємства, або селищні ради за належністю переводять у невідкладному порядкові.

> Увага: Асенізаційну валку розташовується на спеціяльному асенізаційному дворі й експлоатується за правилами Центральної Сантехради.

7. Всі рідкі бруднини й тверді покиді валки вивозять на спеціяльні поля унешкіднення. Всі старі звалки, що шкідливо впливають на залюднені місцевості або водоймища підлягають до ліквідації протягом річного терміну, а замість них відводять нові місця, що задовільняють вимогам Центральної Сантехради. Ліквідацію старих звалок і відвод місця для нових полей унешкіднення здійснюється за вимогою санітарного догляду й за згодою з ним.

Експлоатація полей унешкіднення повинна відповідати вимогам Центраньної Сантехради.

IV. Про передбачення підприємствами коштів на оздоровні заходи

Заходи, що їх зазначено вищі, коли для їх здійснення потрібні капітальні витрати, передбачається підприємства по промфінплянах на підставі вимог санітарного догляду, а некоштовні заходи здійснюється коштами, що вже є в розпорядженні підприємств.

Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР *Канторович*

Погоджено: Член Прєзидії ВРНГ УСРР *Потапов*

114. О надлежащем санитарном содержании составов пассажирских поездов.

Приказ Уполнаркомпути СССР при Совнаркоме УСРР и КССР по дорогам Украины и Крыма.

29 марта 1930 г. г. Харьков

Несмотря на целый ряд приказов и указаний о необходимости поднятия санитарного состояния подвижного состава пассажирского парка, последний продолжает оставаться неудовлетворительным, вызывая этим не только справедливые жалобы рабочих масс и пассажиров, по постоянную угрозу распространения инфекционных эпидемических заболеваний, как об этом свидетельствуют акты и донесения санитарных врачей и инспекторов.

Особенно неудовлетворительным являются состояние классных вагонов, находящихся в составах рабочих поездов и поездов местного пригородно-трудового движения.

В целях изжития такого явления и поднятия санитарно-технического состояния подвижного состава на должную высоту, отвечающую всем противоэпидемическим и обще гигиеническим требованиям, предлагается принять к руководству и исполнеию следующее:

1. Отнюдь не допускать постановки в составы пассажирских поездов, воинских, переселенческих и перевозящих отдельные группы рабочих вагонов неубранных и неисправных в санитарно-техническом отношении.

2. Неисправные вагоны в санитарно-техническом отношении (минимум см. п. 8), находящиеся в составе под посадку, в пунктах первоначального отправления поезда, должны быть немодленно, на основании иказания санитерного врача, старшего агента ревизирующего поезд или уполномоченого агента дороги, приведены на месте в исправное состояние.

Если выполнение сего, по об'ему работи является невозможным, то такой санитарно-неисправный вагон должен быть исключен из состава и взят для соответствующего исправления в порядок.

3. В поездах дальнего следования, при обнаружении в пути вагона с санитарными дефектами, главный кондуктор, одновременно с телеграммой о свободных местах извещает начальника первой попутной узловой станции об оказавшемся в поезде вагоне с неисправностями, требуя к приходу поезда подготовить рабочую силу для приведения вагона в должное санитаное состояние.

В телеграмме надлежит кратко указывать, какую именно работу и в каком вагоне необходимо произвести.

4. Начальник станции, получивший такое извещение, немедленно ставит об этом в известность подлежащего агента тяги и с своей стороны имеет наблюдение и принимает меры к устранению данных неисправностей.

5. В тех случаях, когда время стоянки поезда является недостаточным для устранения в вагоне тех или иных неисправностей, работы не прерываются и должны быть закончены в пути следования поезда.

Привлеченные к работе рабочие вносятся для следования с данным поездом в поездной журнал на общих основаниях.

6. Ответственность за постановку в состав поезда неисправного в санитарно-техническом отношении вагона (см. п. 8) несут ТЧ и соответствующие ТЧП или ТД, ведающие вагонным парком.

За должным санитарным состоянием состава в пути несут ответственность главный кондуктор и проводник данного вагона. Указанные лица при приеме поезда или вагона обязаны лично проверить их санитарное состояние и в случаях обнаруженных дефекто требовать устранения.

Наряду с этим главные кондуктора и проводники должны настойчиво пред'являть к пассажирам требования о соблюдении в вагонах чистоты, налагая штраф на лиц, нарушающих правила внутреннего распорядка.

7) В пунктах оборота составов пригородно-трудового движения, напр. Каз. Лопань, Ковяги, Лихачево, ответственность за надлежащее техническо-санитарное состояние вагонов возлагается на начальников этих станций. Правлениям дорог надлежит обеспечить такие оборотные станции потребным штатом уборщиков вагонов, а где это не представляется возможным,—выполнить средствами поездного персонала.

8) Как минимум, устанавливаются следующие требования, каковыми должны удовлетворять вагоны пассажирского парка, подаваемые под посадку или находящиеся в пути:

а) вагоны должны быть совершенно чистыми, полы вымытыми и всегда подметенными. Пыль должна удаляться с полок, под'емных стенок, оконных и дверных карнизов

и пр. мест, не допуская засорения по углам. Особое внимание удалению пыли должно быть обращено в летние периоды.

б) Количество пассажиров в вагонах, как правило должно соответствовать числу, указанному на вагоне. Перенаселенность м. б. допущена в крайних случаях, как исключение не свыше нормы на 25%.

в) В вагонах должно ниходиться установленное по описи количество плевательниц и мусорных ящиков.

г) Вентиляционные и осветительные приборы должны быть исправными и функционировать нормально (свободно открываться, закрываться, иметь подсвечники).

д) Окна в вагонах должны быть цельные и стекла промытые.

е) Умывальные приборы, клозетные чашки, приборы для промывания клозетных чашек, где они имеются в соответствии с типом вагона, должны быть исправными и функционировать нормально.

ж) Баки для воды в уборных должны быть исправными с целыми водомерными стеклами и иметь достаточный запас воды, обеспечивающий нормальное функционирование умывальника и клозетной чашки.

9) Для обеспечения надлежащей уборки вагонов в пути проводники вагонов или подлежащий поездной персонал, должны быть снабжены необходимым комплектом уборочных средств, как-те метелками, совками; тряпками и проч., а также дезинфекционными средствами.

Настоящий приказ предлагается в срочном порядке преподать на места к исполнению, установив неослабленное наблюдение за выполнением.

Инспекторам Управления VII и Южного Районного Комитета, а также Санинспектору Отд. П. С. НКЗ предлагается, при поездах на линию проверять степень выполнения, докладывая мне о результатах,

Уполнаркомпуть СССР при СНК УССР *Слюсаренко*
ЦВУ *Хармандарьян*
Управляющий делами *Зембицкий*

116. Про організацію ясел по колгоспах на 1930 р.

До всіх окрколгоспсоюзів, всіх видів с.-г. кооперації, Окрспоживспілок, Окрздоровінспектур.

1. Колективізація і машінізація с.-господарства де далі більше втягнення жінок лолгоспниць до виробництва, активна участь їх в громадсько-політичній роботі вимагає розгорнення мережі дитячих установ та посилення справи охорони здоров'я в колгоспах.

2. Успіху в наскоршому розв'язанні питання організації ясел, забезпечення дітей доглядом (особливо підчас польових робіт) можна досягти лише за максимальної уваги не тільки з боку окрколгоспсоюзів а й збоку окрздоровінспектури, споживкооперації та с.-г. кооперації.

3. На 1930 рік Укрколгоспцентр разом зі Спілкою-Спілок, Наркомздоров'ям та Вукопспілкою намітив по Україні організувати 7.400 ясел в колгоспах з тим, щоб насамперед забезпечити великі комуни, кущі та райони суцільної колективізації.

З зазначеної кількости в Вашій окрузі потрібно організувати не менше ясел з яких . . . ; як постійні.

4. Для виконання наміченого пляну організації ясел потрібно:

а) Всім окрколгоспсоюзам зараз же розпочати роботу щодо мобілізації коштів на це міроприємство.

б) Всім окрколгоспсоюзам разом з райспілками споживкооперації, окрздоровінспектурою та всіма видами с.-г. кооперації намітити місця організації нових та обладнання ясел, які вони мають, відповідними помешканнями за визначеними контрольними цифрами.

в) Добитися перед відповідними організаціями, щоб приміщення, що відбираються від куркулів в першу чергу віддавалися під дитячі установи в колгоспах.

5. Щодо утримання та обладнання дитячих ясел в колгоспах роботу перевести в такий спосіб:

I. На колгоспи покладається:

а) виділити приміщень під ясла,

б) обладнати твердим реманентом (мебльою),

в) постачати харчуванням, с.-г. продуктами,

г) надати технічний персонал (некваліфікований),

д) виділити керівників та вихователькок ясел, які підготовлені відповідними курсами для членів колгоспів.

II. На споживкооперацію покладається:

а) обладнати дітясла (постачання білизною, посудом та педагогічним приладдям), коштом усіх організацій,

б) постачання наявного дефіцітного товару (цукор, риж, манна крупа й таке інш.), це-бто продуктами споживання за меню, установленним Наркомздравом.

III. На всі види с.-г. кооперації покладається:

а) брати участь в обладнанні дітясел,

б) виділяти дотації для утримання ясел у колгоспах.

IV. На органи охорони здоров'я (місцев. й держ. бюдж.) покладається:

а) виділяти дотації на утримання персоналу так виховничого, як і медичного,

б) деяке обладання м'яким інвентарем,

в) постачати медичне та педагогичне приладдя.

6. Про наслідки й хід роботи щодо виконання цього обіжника сповістить УКГ та НКОЗ не пізніше 1-го квітня ц.р. *). Далі 1-го числа кожного місяця давайте відомості про роботу щодо розгортання мережі дітясел в колгоспах та про забезпечення їх.

За Голову Президії Спілки-Спілок *Молотов.*

Укрколгосп *Антонік*

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

ВУКС *В. Блохіна*

(Спільний обіжник Союзу Союзів, Укрколгоспу, НКОЗ і ВУКС ч. 181 з 18 березня 1930 р.

116. Про відрахування коштів сільсько-господарської кооперації на утримання дитустанов

До всіх спеціяльних центрів і кредитсоюзів, до відома всіх органів охорони здоров'я

За постановою ВУЦВКУ та РНК УСРР „Про заходи колективізації й оздоровлення дитячого побуту" вказано таке:

„Щоб поширити мережу ясель, дитячих садків, оздоровчих закладів для дітей та взагалі поширити ї поглибити заходи колективізації і оздоровлення побуту дитинства, це може бути забезпечено лише через широке притягнення поруч асигнувань державного й місцевого бюджету коштів державних, кооперативних і громадських організацій і всього трудящого населення до справи колективізації і оздоровлення дитячого побуту".

*) Цей обіжник надіслано місцям 18 березня 1930 року.—Ред.

Тому на систему с.-г. кооперації за цією постановою покладаються такі завдання:

а) Всі кооперативні організації, машиново-тракторні станції відраховують на утримання ясел, дитсадків і оздоровчих заходів для дітей кошти $^{1}/_{4}$% з фонду зарплатні на утримання ясел, і $^{1}/_{4}$% з фонду зарплатні на утримання дитсадків, та окремо асигнування на оздоровчі заходи.

б) Крім вищенаведених відрахувань, перевести відрахування на ремонт приміщень ясел, кімнат для годування немовлят і дитячих садків, які обслуговують виключно цітей В/організації.

в) З фонду поліпшення побуту робітників та службовців В/організації встановити відрахування в межах 5-10% всього фонду на ясла та від 5-10% на дитсадки, та від $1^{1}/_{2}$% — $2^{1}/_{2}$% всього фонду на заходи оздоровлення дитинства.

г) Всі центри с.-г. кооперації і кредитспільки виділяють кошти на організацію та утримання ясел, дитсадків і на оздоровчі заходи дитинства 0,05% загального обігу.

д) Укрсільбанку, Укрколгоспу для будівництва помешкань під ясла, дітсадки і оздоровчі дитячі заклади в колгоспах встановити в розмірі 15% фонду на житлове і господарське будівництво в колгоспах.

Всеукрспілка спілок *Колос*

Культ-освіт. від. *Шкляренко*

(Обіжний лист Всеукр. Спілки Спілок С. Г. кооперації ч. 1530)

117. Про обслуговування дітей кооперованих кустарів.

До всіх окрздоровінспектур, копія всім промстрахкасам

За постановою РНК УСРР з 3 жовтня 1929 р. каси взаємного страхування системи промислової кооперації із спеціяльних фондів допомоги матері й дитині організують для обслуговування дітей своїх членів низку дитячих оздоровних установ: майданчики, ясла, оздоровні колонії та інші заклади. Плян проведення оздоровної та соціяльно-побутової кампанії погоджено з ОХМД — НКОЗ.

Окрздоровінспектурам треба взяти участь та всебічно допомагати в проведенні оздоровної дитячої кампанії, продавати по собівартості промстрахкасам місця у дитячих оздоровних установах та інспектувати їхні власні установи.

У зв'язку з тим, що деякі відділи ОХМ вимагають од промстрахкас передачі їм коштів із фонду матери та дитини, НКОЗ пропонує ОЗІ вимагати кошти від кас виключно за певні оздоровні заходи, згідно з їхнього вартістю, поскільки в цей час по всіх округах проходить кампанія підготовки кадрів для оздоровних установ та маючи на увазі, що промстрахкасі теж потрібні такі кадри — вважаємо за можливе приймати на курси вихователькиць висуванок жінок бідняцької частини кустарок.

Заст. Наркома Охорони Здоров'я *Кустелян*

Голова Оргбюра „Вукосоюзкас" *Бушев*

(Спільний лист НКОЗ ч. 35-3 і Вукосоюзкас ч. 113 з 2 квітня 1930 р.).

III. Із діяльности НКЗдоров'я та його відділів.

1. Із підсумків дитячої оздоровної кампанії влітку 1929 року

Нещодавно у ВУЦВК'у було заслухано доповідь Заст. Наркома здоровоохорони т. Кустелян про те, як було запроваджено літню кампанію оздоровлення дітей.

Треба насамперед зазначити, що влітку 1929 року було на селі под 1000 дитячих оздоровних майданчиків, що дає зростання порівнянльно

до запроєктованого на цей рік на 300%. Щодо міст, тут кількість оздоравних майданчиків на кінець 1929 р. (1155) становила кількість, що її передбачено було на кінець п'ятирички.

Отже тепер мережа охматдиту порівняльно до минулих двох років становить таке:

Роки	Санаторій	Дітей у них	Оздоровн. колоній	Скільки дітей у них	Майданчиків	У них дітей	Разом усіх установ	Скільки у них дітей
1927	44	—	53	—	915		880	90766
1928	44	—	63	—	1006		1002	99841
1929	51	10535	128	14798	2007	138000 (на селі 57208)	2175	163333

Тут наведено цифри територіяльних установ охматдиту. На транспорті розвиток мережі та збільшення її роботи становилі таке:

Залізниці	Оздоровні майданчики	У них дітей	Санаторій	У них дітей
Південні	37	—	2	724
Донецькі	27	—	—	—
Катерининс.	46	—	1	100
Півд. Західні	73	—	6	996
Разом	183	19292	9	1820

Загальна кількість дітей, що їх обслуговували ці дит. установи (на транспорті) становила 22058 душ.

Матеріяльна база минулої оздоровної кампанії становила суму понад 1.800.000 крб., давши збільшення на 400.000 крб. порівняльно до 1928 р.

Цікаво навести джерела, з яких фінансово підтримувалося запровадження дитячої оздоровної кампанії. Отже дотація центру становить лише 5,5% загальної суми, асигнування місцевого бюджету — 14,5%, участь громадських організацій, профспілок, УЧХ, ДД, кооперації, то що становить понад 1 міл. крб., або близько 60%. Помітнішою стала участь самих батьків, що замість 133870 крб. минулої (1928) кампанії дали вже 256.666 крб. За неґативне явище треба визнати замалу участь місцевого бюджету (і вона навіть зменшилася цього року з 19,2 до 14,8%). Це компенсується в значній мірі успіхом, що його досягнено в розумінні більшого притягнення коштів громадських організацій.

Щодо віку дітей, яких охопила минула оздоровна кампанія, ми бачимо таке: діти дошкільного віку (їх було 55006) становили 33%, шкільного віку — 8 — 10 років було 32468. Отже на долю дітей піонерського віку припадає 75759, з яких власне піонери становили 48,5%

Невдосконалість колишньої звітности (тепер її переробляється) не дає змоги детально розподілити обслугованих дітей на соціяльні групи. Проте, зібрані відомості дають таке (умовно): відсоток, дітей робітників в окрмістах змінюється в межах з 35,3% (Кам. Подільський) до 93,6% (Запоріжжя). Діти незаможників у сільських майданчиках становили 24,9% (Коростень), 39% (Чернігів); 54,7% (Київ); та інш. Максимальних відсотків ця цифра сягла в Роменській окрузі — 90,1%, Херсонській — 88,4%, Луганській — 83,9% тощо:, Дніпропетрівська та Артемівська округи визначилися надто низьким відсотком дітей незаможників у сільських майданчиках: 7,6 для першої округи й 10,1% — для другої.

Отже низка округ ставилася незадовільно до справи клясового відбору дітей

Дальші недоліки й хиби полягають у такому:

а) Збоку ВНО зовсім не було керівництва педагогічною роботою в оздоровних установах;

б) Бракує персоналу педагогічного та фізкультури;

в) Оздоровні установи встатковано недосить;

г) Недосить було керівництва з боку комсомольських організацій;

2. Про роботу Укркурупра за 1928-29 рік та плян на 1929-30 рік

(Із постанови Колегії НКОЗУ)

У діяльності УКУ минулого року колегія НКОЗУ відзначила між іншим таке:

1. Укркурупр протягом 5 років свого існування на госпрозрахункові провів велику роботу в галузі будівництва українських курортів, збільшивши основний фонд на 64% (з 8538 тис. до 13978 тис. крб.), вартість інвентаря — на 212% (з 616 тис. до 1936 тис. крб.).

2. УКУ правильно взяв настановлення на якнайбільше розширення санаторно-курортової справи (60% всіх витрат на будівництво становлять власні кошти). Проте, це водночас викликало напрудження фінансового стану, бо УКУ використав усі вільні кошти.

Через вищезгадане колегія ухвалила зняти клопотання про видачу УКУ дотацію сумою 750 тис. крб.

Щодо пляну поточного господарського року колегія відзначила таке (наведено тут найголовніші пункти):

а) темпи, запроєктовані експлоатаційним пляном на 1929-30 р., майже цілком відповідають передбаченням п'ятирічного пляну (зростання санаторних ліжок на 17%).

б) проте, недосить зроблено щодо переходу курортів на функціонування протягом всього року (на поточний рік — тільки 12% загальної кількости ліжок);

в) бальнеологічні ліжка обіймають поки що дуже незначний відсоток (тільки 3%) всіх ліжок;

г) збільшено собівартість ліжко-місяця порівняльно до минулого року на 0,8% а в Миргороді (де санаторна мережа перейшла на бальнеологічне лікування) — на 12%;

д) у контрольних цифрах до запроєктованих капіталовкладень крб. 1.776.671 не включено 300.000 крб. на будівництво філії травматологічного інституту в Слов'янському, що асигнував НКОЗ.

Із пропозицій, що склала колегія:

а) плян розгорнення ліжок затвердити кількістю 26.328 ліжко-місяців (5.325 ліжок);

б) вважати за потрібне, накреслюючи контрольні цифри на 1930-31 рік, передбачити в пляні УКУ швидче розгорнення бальнеологічних курортів;

в) питому вагу витрат на адміністративний апарат затвердити за експляном у розмірі 2,9% замість 3,2% минулого року;

г) запропонувати УКУ, запроваджуючи орендну кампанію, вжити всіх заходів до того, щоб завантаження курортів було рівномірним на всі сезони, для чого організаціям, що орендують ліжка, надавати ці ліжка рівномірно на всі сезони рівномірно. Продаж одиницям вести також із розрахунком рівномірного завантаження курортів на всі сезони.

д) собівартість ліжко-місяця затвердити, не припускаючи зниження її за рахунок зниження якости продукції.

е) контрольні цифри на 1929-30 рік затвердити в сумі 2.077.871 крб., причому покриття цієї суми затвердити за експляном з урахуванням відпуску НКОЗ 300.000 крб. на будування травматологічного інституту в Слов'янському.

ж) запропонувати УКУ опрацювати питання про плян будівництва фізіо-терапевтичного інституту в Слов'янському з тим, щоб виконати директиву Раднаркому про закінчення будування його 1931 року. Будівельному Бюру потурбуватися про забезпечення зазначеного будівництва будівельними матеріялами.

з) вважати за потрібне виділити „Миррад" в окрему бюджетову одиницю, безпосередньо підпорядковану Укркурупру.

и) запропонувати Укркурупру вжити рішучих заходів до виконання курортами бюджетової дисципліни, не припускаючи перевитрат, та, в разі порушення курортами бюджетової дисципліни, притягати винних до відповідальности.

к) зважаючи на те, що останні три роки спостерігається погіршення соціяльного складу хворих, вважати за потрібне вжити цього року рішучих заходів до поліпшення соціяльного складу хорих та запропонувати УКУ увійти до колегії НКОЗ з низкою практичних заходів до здійснення завдання збільшення цього року кількости робітників від варстату не менш, як до 50%.

л) відзначаючи щорічне збільшення кількости селян на курортах та враховуючи швидкий темп соціялістичної перебудови сільського господарства, запропонувати УКУ подати до колегії розроблений плян збільшення кількости хворих колективізованих селян та сільгосподарників.

3. Про участь органів Наркомшляхів у будівництві лікпрофустанов на транспорті

Наркомздоров'я звернувся до Ради Народніх Комісарів із доповідною запискою в справі участи органів НКШ у будівництві медично-санітарної мережі на транспорті.

НКОЗ зазначає, що п'ятирічний плян будівництва лікустанов на транспорті передбачає збудування 16 лікарень на 1340 ліжок і 13 поліклінік загальною вартістю 10 міл. крб. Це є мінімальна програма, що дасть можливість довести покажчик ліжкової допомоги на транспорті лише до 3,3 на 1000 транспортового населення (норма становить 5, а в РСФРР плян передбачено до 3,5 — 4,0). Проте, коштами НКОЗ здійснити це неможна. Найбільша сума, що її може дати НКОЗУ, зі свого бюджету, це 6.500.000 крб. Решту 3.500.000 крб. НКОЗ передбачає отримати від НКШляхів. Останній, проте, повідомив НКОЗ, що за своїм бюджетом будьяких сум на будівництво лікпрофустанов на транспорті відпустити не може.

Отже, НКОЗУ, зважаючи, що територіяльна промисловість бере участь у будівництві лікувально-профілактичних установ, просить РНК УСРР внести відповідний законопроєкт до Союзного Раднаркому, щоб НКШляхів теж узяв матеріяльну участь у лікарняному будівництві. Клопотання НКОЗУ перед союзним РНК підтримуватиме постійне представництво УСРР при Уряді СРСР. НКШляхів погодився лише на те, щоб передбачити участь його в новому будівництві, починаючи з наступного 1930-31 року.

4. Про медичний огляд переселенців, що ідуть до Казакстану

Наркомздоров'я звернувся до 14 ОЗІ, що з їхніх округ передбачається цього року рух переселенців до Казакстану, з пропозицією подбати про своєчасне щеплення всім протичеревного тифу, а дітям — проти шкарлятини.

Цього року передбачено переселити понад 12.000 родин. Отже щеплення НКОЗ запропонував провести негайним чином.

Відповідальний редактор *С. І. Канторовіч.*

„Укрполіграфоб'єднання" Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 1281. Прим. 2.700

IV. ОБ'ЯВИ.

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (КОЛ. МЕДІНСТИТУТ)

ОБ'ЯВЛЯЄ КОНКУРСА

НА ТАКІ ВІЛЬНІ ВАКАНСІЇ:

1. Штатного професора нормальної анатомії.
2. Мол. асистента катедри нормальної анатомії.
3. Штатного професора катедри гістології.
4. Мол. асистента катедри патол. фізіології.
5. Ст. асистента катедри хемії.
6. Трьох молод. асистентів катедри хемії.
7. Старш. асистента катедри біології.
8. Молодш. асистента катедри біології.
9. Ст. асистента факультета акуш.-гінекол. клініки.
10. Ст. асистента факульт. хірург. клініки.
11. Проф. катедри професійної гігієни.
12. Ст. асистента проф. гігієни.
13. Мол. асистента проф. гігієни.
14. Ст. асистента спец. терапевт. клініки.
15. Мол. асист. катедри спец. терапевт. клініки.
16. Проф. катедри заг. гігієни.
17. Ст. асистента заг. гігієни.
18. Мол. асистента загальн. гігієни.

Осіб, що бажають узяти участь у конкурсі, просять надіслати до деканату Інституту Охор. Здоров'я (кол. Медінституту) бульв. Шевченка 13, заяву, повну біографію, curriculum vitae та наукові праці.

ЗНАТИ УКР. МОВУ ДЛЯ КАНДИДАТІВ — ОБОВ'ЯЗКОВО.

Останній термін подачі заяв—10 червня 1930 року.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, „Картковому репертуарі“ та інших покажчиках Української Книжкової Палати

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка“. Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 10 | 31 травня 1930 року | № 10

Державна Центр. Наукова ... імени Короленка Харків

ЗМІСТ.

Наркомат охорони здоров'я в реконструктивний період (стаття Зав. орг. інстр. відд. НКОЗ т. Ю. А. Кушніра).

I. Постанови Робітниче-Селянського Уряду. 118. Про заходи до колективізації й оздоровлення дитячого побуту.

II. Розпорядження Наркомздоров'я. Організаційна частина. 119. Про піднесення стану охорони здоров'я. 119-а. Про керування справою диспансеризації. 120. Про порядок керування установами, що утримуються коштом сільських бюджетів. 121. Про діяльність райздоровінспекторів. 122. Про медсанобслуговування бідноти та наймитів. 123. Про літній практикум студентів-медиків. 124. Про розподіл лікарів, що скінчили мед. ВИШ'ів. 125. Про участь УЧХ в ясельній кампанії. Лікувально-профілактична частина. 126. Про інструкцію щодо видачі та заповнення листків про непрацездатність. 127. Інструкція про примусовий огляд і примусове лікування венеричних хворих. Охматдит. 128. Про організацію пологодопомоги на селі. 129. Про передачу дітей старше 4 років до установ НКО. Санітарно-епідемічна частина. 130. Про запровадження платного відпуску бак. препаратів. 131. Про догляд санстану радянських установ. Саносвіта. 132. Про стан саносвіти в Сумській окрузі. 133. Теж—у Бердичівській окрузі. 134. Теж — у Тульчинській окрузі. 135. Постанова Колегії НКО про зв'язок НКО та НКОЗ по лінії саносвіти.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його відділів. 1. Про мережу середньо-медичних шкіл на Україні на 1930-31 рік. 2. Про систему дальшого навчання в мединститутах УСРР. 3. Про стан народнього харчування та ролю в ньому органів охорони здоров'я, 4. Про виготовлення та постачання хворих інсуліном 5. Про друкування та надсилку обіжних розпоряджень, що їх опрацьовують відділи НКОЗУ. 6. Про забезпечення житлом медперсоналу, що працює на виробничих підприємствах.

IV. Об'яви та різні інформації. 1. Про порядок реалізації медикаментів і медичних струментів, що не підлягають продажу з прилюдних торгів. 2. Про віднесення одонтологів і зубних лікарів до лікарської групи (висновок НКЮ). 3. Об'яви про лікарів, що свавільно залишили роботу та інш.

V. Інфекційні захворування по округах УСРР за березень 1930 року. V-а. Теж — по окружних містах УСРР.

НАРКОМАТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕКОНСТРУКТИВНИЙ ПЕРІОД.

(Стаття Зав. орг. інстр. відд. НКОЗУ т. Ю. А. Кушніра).

Зміна основ стріжневих загально-економічних і політичних завдань, що стоять перед пролетаріятом країни, природньо повинні змінити й завдання, що стоять перед Народнім Комісаріятом охорони здоров'я, одним з органів диктатури пролетаріяту, що виконує певні завдання у певній частині народнього господарства. І отже, повинні змінитися і зміст роботи, і форми організаційного керівництва справи народньої охорони здоров'я.

Реконструктивний період, висуваючи перед охороною здоров'я цілу низку нових питань, передбачає реконструкцію самої справи здоровоохорони з погляду пляновости, найширшої профілактики й масових оздоровних заходів. Швидкий темп індустріялізації країни, розгортання соціялістичного сектора села, що веде за собою широке втягнення жіночої праці у виробництво, швидке зростання молодої робітної сили, втягнення у виробництво недосить вивчених кадрів робітників, зміну всієї виробничої обстановки й методів роботи (7 годинний робітний день, безперервка, соцзмагання, механізація виробництва), будівництво нових соціялістичних міст й перебудова старих — все це різко змінює умови праці й побуту трудящих мас і покладає на органи охорони здоров'я основне завдання реконструювати свою роботу так, щоб чітко, безперебійно і всебічно охопити своїм обслуговуванням кадри виробничого пролетаріяту й основну масу селянства та щільно підійти до справи оздоровлення їхньої праці й побуту.

Епідеміологічне оздоровлення промислових районів і усуспільненого села, посилення впливу системи охорони здоров'я на переведення оздоровних і профілактичних заходів, санітарна освіта і санітарне виховування мас, повна санітарна охорона праці, колосальне посилення ролі охорони здоров'я в розв'язанні проблеми харчування, найактивніша участь в організації масового відпочинку і побутового обслуговування трудящих, забезпечення пролетаріята та основних мас селянства кваліфікованою і приступною меддопомогою, підведення наукової бази під всю справу організації а плянування охорони здоров'я, розв'язання проблеми кадрів медперсоналу — ось ті основні завдання, що стоять тепер перед НКЗдоров'я.

Здійснення цих завдань вимагає: концентрації всієї санітарної компетенції з передачею у відання НКОЗУ низки робіт, що їх треба вилучити з відома інших відомств і посилення впливу НКздоров'я на організацію та запровадження плянів інших відомств з погляду охорони здоров'я; реорганізація діяльности наукових інститутів НКОЗУ, реконструкція всієї медико-санітарної мережі і ґрунтовної реорганізації апарату НКОЗУ в напрямку посилення і централізації плянування справи охорони здоров'я, перевірки виконання та виявлення дефективности плянових завдань і децентралізація оперативної діяльности.

Межі, в яких тепер здійснюються принципи радянської медицини вузькі; й досі ще ділянок багато роботи повинно бути цілком у віданні НКЗдоров'я, а вони розпорошені серед низки інших відомств. Наприклад: охорону здоров'я робітника в його побуті відає НКЗдоров'я, а охорона здоров'я його на підприємстві — санітарна охорона здоров'я — належить Наркомпраці. Організація та взагалі справа робочого відпочинку, ціла низка заходів профілактичного впливу, як будинки відпочинку, санаторії, курорти, ще до цього часу розпорошені поміж НКЗдоров'я і Головсоцстрахом; Головсоцстрах провадить чомусь лікарську контролю в той час, як всі лікарські заходи є у віданні НКОЗУ. Мед. освіта, яка до цього часу

була в віддані НКОсвіти — відірвана від своєї бази, не могла нам давати тих кадрів, що нам потрібні. Медично-санітарне обслуговування інвалідности провадить НКСоцзабез, а нормалізацію і санітарну компетенцію в галузі житлово-комунального будівництва, доброустрою, санітарне нормування комунального, громадського і соц. культурного будівництва — НКВнусправ. Так само стоїть справа і в величезний проблемі народнього харчування; тут роля НКОЗУ повинна панувати надусім, НКОЗ мусить бути майже диктатором у справі раціоналізації народнього харчування.

Справа охорони народнього здоров'я,— є складний комплекс господарчих, економічних і побутових елементів, і Наркомздоров'ю треба забезпечити себе плянуванням всієї системи охорони здоров'я у повному її обсязі. Щоб виконати всі ці величезні завдання, треба перебудувати всю структуру наркомата, пристосувавши її до виконання цих завдань та змінивши самі методи роботи.

Поділення апарату на відділи вже не може себе виправдати. Наркомат не являє тепер собою єдиного цілого, не має потрібної органічної ув'язки. Відділи деколи, замість дійсної роботи — повинні проводити взаємні погодження тому що вони обслуговують не все життя на певній ділянці фронту охорони здоров'я в цілому, а тільки окрему галузь її; від такої системи виникають всі недоліки і самої суті роботи і її техніки. Відповідальність розпорошена і ніколи неможна знайти, яка частина апарату відповідає за медич. санітарне обслуговування, скажімо, промисловости в цілому. Немає органічної ув'язки, немає відповідального виконавця. Є сила всіляких погоджень, засідань, але мало дійсної, життьової справи. Треба перейти на систему функціональну й комплексну, яка дозволить охопити у певній частині даної галузі народнього господарства все питання в цілому і збільшить відповідальність кожного виконавця зокрема. Виходячи з вищенаведених принципів та положень, Комісія Сприяння НК РСІ в Наркоматі накреслила таку реконструкцію апарата:

На чолі всього наркомату стоїть Нарком, що повністю здійснює принципи одноначальности; Колегію Наркомату треба ліквідувати; при Наркомі існує Вчена Медична Рада для здійснення наукової консультації у справі охорони здоров'я та виробнича нарада, на розгляд якої виносяться найважливіші питання охорони здоров'я, пляни охорони здоров'я, великі законодавчі питання. Сюди якнайширше повинна бути притягнена робітнича громадськість (шефи) тут же повинні бути й представники профспілок, великих трестів, ВРНГ, Колгоспцентру, суміжних наркоматів, наукові робітники і керовники всіх частин наркомату.

Наркомат поділяється на сектори, що обслуговують певні частини фронту охорони здоров'я, обслуговують повно й всебічно. Щоб здійснити пролетарську масову контролю над роботою наркомата та окремих його секторів, щоб втягти робітників безпосередньо в роботу, утворити новий резерв сил, щоб ліквідувати тяганину та впорядкувати практику довгого погодження питань з профспілками та хозорганами, що є тепер, щоб найближче притягти останніх до справи охорони здоров'я — при секторах утворюються секторні ради, постанови яких затверджує керівник сектора. У складі секторів окремі виконавці об'єднуються в групи, в основному за територіяльною та галузевою ознаками. У склад групи увіходять і робітники виконавці з виробництва, яких обирають та замінюють.

Відповідальні виконавці зосереджують свою увагу на завданнях організації роботи місцевих органів. на тім, щоб вивчати місцевий досвід, пристосовувати і переносити найраціональніші форми і методи роботи із однієї округи в другу.

Основний керівний сектор наркомату — пляновий сектор. В ньому зосереджується вся справа плянування охорони здоров'я так галузева, як і синтетична. Завдання інших секторів — проводити організацію виконання пляну, інструктування і контролю за ходом виконання. Ми повинні мати в наркоматі максимальну централізацію плянування при децентралізації адміністративних та оперативних функцій.

Величезну ролю повинен відограти наркомат у справі перебудови побуту та організації нового соціялістичного побуту. Через те ми утворюємо в наркоматі сектор оздоровлення побуту, що повинен займатися і проблемою народнього харчування, і проблемою здорового робочого житла, проблемою комунального доброустрою, і проблемою соціялістичних міст. Потреба наближення діяльности наукових інститутів охорони здоров'я до вимог практичного життя, до практичних потреб здоровоохорони, потреба підвести наукову базу під всю справу охорони здоров'я, пляного регулювання та ув'язки роботи окремих інститутів викликає потребу утворити в наркоматі сектор науки та санітарної культури. Передача всієї медосвіти НКОЗУ викликає утворення сектора підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації кадрів. Організацію справи мед. санітарного обслуговування пролетаріяту й трудового селянства треба перебудовати так, щоб замість організації цієї справи за ознакою галузі (лікпроф., санепід, охматдит) охопити комплексно й повно окремі бойові ударні участки фронту — промисловість, місто, транспорт, село; ув'язуючи всю справу мед. сан. обслуговування за цим принципом, будується сектор мед. санітарного обслуговування.

Всю справу фармацевтичного виробництва і мед. сан. постачання республіки зосереджено в тресті „Всеукр. Аптечне Управління“ при НКОЗУ, а справа обслуговування роб. відпочинку вся санаторно-курортна справа зосереджується в курортній управі, що діє на основі спеціяльного положення.

Організація мед. сан. будівництва зосереджується в особливому бюрі мед. санітарного будівництва, що діє при пляновому секторі теж на основі спеціяльного положення.

Отже, структура наркомату передбачається така:

1. Сектор плянування

1. Група синтетичного і галузевого плянування.
2. Група фінансово-бюджетова.
3. Група будівельна.
4. Група ефективности, контролі виконання пляну і впроваджування нових методів роботи.
5. Група обліко-статистична.

2. Сектор науки та санітарної культури

1. Група наукових інститутів.
2. Група санітарної культури і громадської самодіяльности.
3. Група винахідництва.

3. Сектор медично-санітарний

1. Група медично-санітарного обслуговування міста й промисловости.
2. Група медично-санітарного обслуговування села.
3. Група медично-санітарного обслуговування транспорту.
4. Група судової медицини.

4. Сектор оздоровлення побуту

1. Група охорони материнства, дитинства та підлітків.
2. Група харчування.
3. Група житлово-комунального благоустрою.

5. Сектор підготовки та перепідготовки кадрів

1. Група підготовки кадрів.
2. Група підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів.

6. Сектор організаційного керівництва

1. Група обліку і розподілу кадрів.
2. Група організаційно-інструкторська та правова.
3. Група раціоналізації апарату.
4. Група інформації і контролі виконання.
5. Бухгальтерія.
6. Група адміністративно-технічного обслуговування.

7. Сектор спеціяльного плянування

Відповідальні виконавці.
При Наркоматі: 1. Курортне Управління.
2. Всеукр. аптечне управління.
3. Бюро мед. сан. будівництва.

І. ПОСТАНОВИ РОБ.-СЕЛЯНСЬКОГО УРЯДУ.

118. ПРО ЗАХОДИ ДО КОЛЕКТИВІЗАЦІЇ Й ОЗДОРОВЛЕННЯ ДИТЯЧОГО ПОБУТУ.

Постанова Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету і Ради Народніх Комісарів УСРР.

Соціялістична перебудова країни: 7-ми годинний робочий день, безперервний тиждень, колективізація й машинізація сільського господарства, дедалі більше втягнення трудящих жінок до виробництва, активна участь їх у громадсько-політичній роботі, вимагає розгортання сітки дитячих установ та посилення справи охорони здоров'я дітей трудящих.

XI-й Всеукраїнський з'їзд рад робітничих, селянських і червоноармійських депутатів визнав, що поліпшення виховної справи серед дітей і направлення виховного процесу в соціялістичне річище на засадах інтернаціональности та антирелігійности вимагає почати цей процес ще з дошкільного віку.

Запровадження до життя вищенаведених заходів може бути забезпечено тільки через широке притягнення, одночасно з асигнуваннями з державного та місцевого бюджету, коштів державних, кооперативних і громадських організацій та всієї трудящої людности.

Щоб здійснити заходи щодо колективізації та оздоровлення побуту дітей, зокрема, щоб розгорнути сітку ясел, дитячих садків і оздоровних закладів для дітей, Всеукраїнський Центральний Виконавчий Комітет і Рада Народніх Комісарів УСРР постановили:

I.

1. Зобов'язати Раду народніх комісарів АМСРР, окружні й районні виконавчі комітети та місцеві ради розгорнути сітку дитячих ясел, дитячих садків і оздоровчих закладів для дітей дошкільного і шкільного віку (дитячі санаторії, оздоровчі дитячі колонії, майданчики, курортна допомога дітям, а також оздоровчі заходи в школах тощо), як за рахунок місцевого бюджету, так і притягаючи кошти державних, кооперативних і громадських організацій, а так само кошти батьків.

Рада народніх комісарів АМСРР, місцеві виконавчі комітети і ради повинні, складаючи пляни комунального житлового будівництва, передбачити будівництво приміщень під ясла, дитячі садки та оздоровчі дитячі заклади.

2. Народній комісаріят освіти та Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР повинні щороку передбачати в своїх кошторисах асиґнування на здійснення заходів республіканського значіння в царині організації дитячих ясел, дитячих садків і заходів до оздоровлення дітей.

3. Встановити обов'язкові відрахування з державних і кооперативних промислових, комунальних та сільсько-господарських підприємств УСРР, а так само з державних і торгових організацій УСРР на утримання ясел, дитячих садків і переведення оздоровчих заходів для дітей робітників зазначених підприємств і організацій розміром: $^1/_4$% фонду заробітної плати—на утримання ясел і $^1/_4$% фонду заробітної плати—на утримання дитячих садків та крім того асиґнування на оздоровчі заходи дітей.

Увага. Зазначені відрахування роблять наведені в цьому артикулі підприємства та організації незалежно від розмірів вживання жіночої праці на даному підприємстві чи організації, враховуючи заробітну плату постійних, сезонних і тимчасових робітників та службовців.

4. Зобов'язати зазначені в арт. 3 підприємства і організації з числом робітниць від 200 і більш:

а) давати на території масового мешкання робітниць відповідні приміщення під ясла й дитячі садки з розрахунку на кожні 10 робітниць — одне місце в яслах і одне місце в дитячому садку, а коли неможна дати таких приміщень—збудувати нові або розширити існуючі, виходячи з наведеного розрахунку та санітарно-технічних норм, що їх затверджує санітарно-технічна рада:

б) давати на території підприємства або близько від нього приміщення під ясла для немовлят робітниць, щоб дати їм змогу годувати своїх дітей.

Увага 1. Потрібну кількість місць у дитячих установах вираховується залежно від загального числа робітниць у всіх змінах даного підприємства або організації.

Увага 2. Підприємства, розташовані на віддаленні не більш, як один кілометр одне від одного, можуть об'єднуватися, щоб влаштовувати й утримувати спільні ясла та дитячі садки.

5. Підприємства з числом робітниць менш за 200 повинні давати при підприємствах кімнати для годування немовлят.

6. Підприємства й організації, зазначені в арт. 3, повинні, незалежно від переводжуваних ними обов'язкових відрахувань, за свої кошти забезпечити комунальними послугами дитячі ясла, дитячі садки й кімнати для годування немовлят, що обслуговують виключно дітей робітниць цих підприємств, а так само робити ремонт (капітальний і біжучий) приміщень зазначених дитячих закладів.

Увага 1. Ремонт приміщень дитячих садків робиться коштом відповідних підприємств у тому разі, коли вони є при фабриках або заводах і обслуговують виключно дітей робітників цих підприємств: приміщення всіх інших дитячих садків ремонтують органи Народнього комісаріяту освіти УСРР.

Увага 2. Ремонт ясел та дитячих садків, що обслуговують дітей робітниць кількох підприємств робиться коштом усіх відповідних підприємств пропорційно до числа дітей робітниць кожного окремого підприємства, яких обслуговують ці ясла й дитячі садки.

7. Встановити відрахування з фонду поліпшення побуту робітників і службовців підприємства та організацій УСРР, зазначених в арт. 3 у межах від 5 до 10% усього фонду на ясла і від 5 до 10% — на дитячі садки, на збудування нових приміщень для цих установ, розширення існуючих приміщень, устаткування й утримання їх і крім того від $1^1/_2$ до $2^1/_2$% усього фонду поліпшення побуту робітників і службовців на оздоровчі заходи для дітей.

Увага. Розмір відрахувань, зазначених у цьому артикулі, встановлюється залежно від відрахувань з фонду поліпшення побуту робітників і службовців на житлове будівництво.

8. Запропонувати Всеукраїнському союзові житлової кооперації забезпечити:

а) щоб житлові кооперативи виділили, де це можливо, відповідні приміщення під ясла і дитячі садки для дітей членів цих кооперативів, давши комунальні послуги й опалення, а так само роблячи дрібний ремонт коштом кооперативів;

б) асиґнування на нове будівництво ясел і дитячих садків коштів розміром від 50 до 75% окружних культурно-побутових і культурно-освітніх фондів житлової кооперації:

в) виділення, починаючи з 1929-30 р. при будуванні нових будинків, спеціяльних приміщень під ясла й дитячі садки для дітей членів житлово-будівельних кооперативів, вилучаючи на це 4% загальної вартости житлово-кооперативного будівництва.

На інші культурно-побутові потреби членів житлово-будівельних кооперативів решту відповідних кредитів можна витрачати по тому, як буде задоволено потреби в яслах і дитячих садках.

Увага. Капітальний ремонт і перебудування приміщень, що їх виділили житлові кооперативи під ясла й дитячі садки, робиться за рахунок окружних культурно-побутових та культурно-освітніх фондів житлової кооперації.

9. Зобов'язати Всеукраїнську контору Центрального банку комунального господарства та житлового будівництва, виділяючи кредити на комунальне житлове будівництво забезпечити будівництво ясел, дитячих садків і оздоровчих установ для дітей.

10. Запропонувати республіканським центрам усіх видів кооперації УСРР, крім житлової кооперації, забезпечити щорічне виділення відповідними системами кооперації коштів на організацію й утримання ясел, дитячих садків, а так само на оздоровчі заходи для дітей в тим, щоб на зазначену мету виділялось найменш: від споживчої та сільсько-господарської кооперації — 0,5% від обороту, від промислової кооперації — 5% від зиску, від кооперації інвалідів — 3% від зиску.

Увага. Сільсько-господарська кооперація робить зазначені відрахування тільки від обороту, оподатковуваного державним промисловим податком.

Зазначені кошти витрачається за плянами, що їх затверджують Народній комісаріят освіти і Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР та їхні місцеві органи порозумівшись з кооперативними центрами або місцевими кооперативними союзами з ким належить.

11. Всеукраїнський сільсько-господарський банк і Всеукраїнський союз колективних господарств для будівництва приміщень під ясла, дитячі садки і оздоровчі дитячі установи в колективних господарствах мають виділити спеціяльний кредитний фонд розміром 5% коштів, даваних на житлове будівництво колективних господарств.

12. Визнати за потрібне, щоб усі професійні організації УСРР:

а) відраховували із своїх культурних фондів на будівництво приміщень під ясла, дитячі садки та оздоровчі дитячі заклади, а так само на оздоровчі заходи для дітей членів союзів найменш 20% цих фондів, розподіляючи всі асигнування порівну між органами народньої освіти й охорони здоров'я;

б) передбачали в плянах нових клюбних приміщень спеціяльні приміщення під ясла, дитячі садки й дитячі оздоровчі заклади.

13. Встановити щорічні відрахування на утримання дитячих ясел і дитячих оздоровчих закладів з республіканського, окружного та транспортного фондів медичної допомоги застрахованим розміром 7% кожного з цих фондів.

14. Рекомендувати людності підчас переведенняма сообкладання на культурні потреби, відраховувати найменш 10% зібраних коштів на організацію та утримання ясел, дитячих садків і на здійснення оздоровчих заходів для дітей на селі.

15. Доручити Народньому комісаріятові охорони здоров'я та Народньому комісаріятові освіти УСРР притягати до активної участи у розробленні та здійсненні всіх заходів, скерованих до організації й утримання ясел, дитячих садків та до переведення оздоровчих заходів для дітей товариства Червоного Хреста, комісії допомоги дітям, товариства „Змичка з селом", товариства взаємодопомоги тощо, з тим, що зазначені товариства повинні виділяти певні кошторисні асигнування на цю мету.

16. Запропонувати органам Народнього комісаріяту освіти і Народнього комісаріяту охорони здоров'я УСРР притягти кошти батьків, крім неспроможних, діти яких відвідують дитячи установи, на утримання ясел, садків і дитячих оздоровчих закладів, зокрема на оплату харчування дітей.

Розмір плати в дитячих установах визначається, залежно від заробітку батьків та складу їхньої родини.

17. Організацію ясел і дитячих оздоровчих закладів та керівництво цією роботою покладається на органи Народнього комісаріяту охорони здоров'я УСРР, а організацію дитячих садків—на органи Народнього комісаріяту освіти УСРР.

18. Усі зазначені заходи запроваджується до життя з початку 1930-31 бюджетного року.

II.

19. Щоб пляново використати кошти, що надходять з зазначених у цій постанові джерел на справу колективізації й оздоровлення дитячого побуту — утворити такі фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту:

1) у віданні Народнього комісаріяту освіти УСРР — республіканський фонд колективізації та дошкільного виховання дітей;

2) у віданні Народнього комісаріяту охорони здоров'я УСРР — республіканський фонд колективізації та охорони здоров'я дітей;

3) у віданні Ради народніх комісарів АМСРР, окружних і районних виконавчих комітетів, міських, селищних і сільських рад — відповідні фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту.

20. Республіканський фонд колективізації та дошкільного виховання дітей і республіканський фонд колективізації та охорони здоров'я дітей утворюється з:

1) спеціяльних асиґнувань з державного бюджету УСРР;
2) спеціяльних асиґнувань з республіканського фонду реґулювання місцевих бюджетів:
3) надходжень від кооперативних і громадських організацій республіканського значіння;
4) інших надходжень.

21. Фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту в АМСРР утворюється з:
1) спеціяльних асиґнувань з бюджету АМСРР;
2) асиґнувань з республіканських фондів дошкільного виховання дітей і охорони здоров'я дітей;
3) надходжень від кооперативних і громадських організацій всемолдавського значіння;
4) відрахувань з фондів АМСРР медичної допомоги застрахованим;
5) інших надходжень.

Увага. До зазначених у цьому артикулі фондів АМСРР відповідно прикладається правила встановлені в цій постанові стосовно окружних фондів з тим, що функції, покладені на окружні виконавчі комітети, виконує Рада народніх комісарів АМСРР.

22. Окружні фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту утворюється з:
1) спеціяльних асиґнувань з окружного бюджету;
2) асиґнувань з республіканських фондів дошкільного виховання дітей і охорони здоров'я дітей;
3) надходжень від кооперативних і громадських організацій окружного значіння;
4) відрахувань з окружних фондів медичної допомоги застрахованим;
5) інших надходжень.

23. Районні фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту утворюється з:
1) спеціяльних асиґнувань з районного бюджету;
2) асиґнувань з окружних фондів колективізації й оздоровлення дитячого побуту;
3) надходжень від кооперативних і громадських організацій районного значіння;
4) інших надходжень.

24. Міські і селищні фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту утворюється з:
1) спеціяльних асиґнувань з міських або селищних бюджетів;
2) асиґнувань з окружних фондів колективізації й оздововлення дитячого побуту;
3) відрахувань промислових, комунальних і інших підприємств, що є на території даного міста або селища;
4) надходжень від кооперативних і громадських організацій даного міста або селища;
5) інших надходжень.

25. Сільські фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту утворюється з:
1) спеціяльних асиґнувань сільських рад, що мають самостійні бюджети;
2) асиґнувань з районних фондів колективізації й оздоровлення дитячого побуту;
3) надходжень від промислових та інших підприємств, що є на території даного села;
4) надходжень від сільських, кооперативних і громадських організацій;
5) надходжень з коштів самооподаткування людности;
6) інших надходжень.

26. Республіканські фонди дошкільного виховання дітей і охорони здоров'я дітей витрачається, за належністю:
1) на підготовку і перепідготовку робітників для ясел, дитячих садків і дитячих оздоровчих установ;
2) на організацію досвідно-показових ясел і дитячих садків;
3) на здійснення інших заходів для поліпшення роботи в царині колективізації й оздоровлення дитячого побуту, не передбачених в окружних плянах, коли потреба в цих заходах виникає в процесі роботи.

27. Окружні фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту витрачається на видачу допомоги маломіцним районам та окружним містам, а так само на здійснення заходів до поліпшення роботи в царині колективізації й оздоровлення дитячого побуту, не передбачених у районних і міських плянах.

28. Районні фонди колективізації й оздоровлення дитячого побуту витрачається на видачу допомоги маломіцним містам, селищам и селам району, а так само на здійснення заходів до поліпшення роботи в царині колективізації й оздоровлення дитячого побуту, не передбачених у міських, селищних і сільських плянах.

29. Міські, селищні й сільські фонди витрачається на організацію й утримання ясел і дитячих садків, на переведення оздоровчих заходів для дітей та інші безпосередні потреби щодо колективізації й оздоровлення дитячого побуту.

30. Республіканський фонд колективізації й дошкільного виховання розподіляє Народній комісаріят освіти УСРР, а республіканський фонд колективізації й охорони здоров'я дітей — Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР.

31. Окружний фонд колективізації та оздоровлення дитячого побуту розподіляє комісія за головуванням голови окружного виконавчого комітету в складі: окружного інспектора народньої освіти, окружного інспектора охорони здоров'я і представників від таких окружних установ і організацій: відділу місцевого комунального господарства, відділу місцевої промисловости, де такий є, ради професійних союзів, відділу роботи серед жінок, Ленінського комуністичного союзу молоді України, окружного центру КП(б)У, громадських і кооперативних організацій окружного значіння.

32. Районний фонд колективізації й оздоровлення дитячого побуту розподіляє Комісія за головуванням голови районного виконавчого комітету в складі представників відповідних районних установ та організацій, зазначених в арт. 31 цієї постанови.

33. Міські й селищні фонди колективізації та оздоровлення дитячого побуту розподіляє комісія за головуванням голови місцевої ради у складі представників відповідних міських або селищних організацій, зазначених в арт. 31 цієї постанови.

34. Сільські фонди колективізації та оздоровлення дитячого побуту розподіляє комісія сільської ради в справах культурно-освітніх і охорони материнства та дитинства.

35. Кошти кооперативних, професійних і громадських організацій ураховується у відповідних фондах, але зазначені організації витрачають їх безпосередньо на обслуговування дітей їхніх членів за плянами, розробленими від Народнього комісаріяту охорони здоров'я і Народнього комісаріяту освіти УСРР.

36. Народній комісаріят освіти і Народній комісаріят охорони здоров,я УСРР, порозумівшись з усіма заінтересованими урядництвами та організаціями, мають видати інструкцію на розвиток та про порядок застосування цієї постанови.

III.

З виданням цієї постанови касується такі постанови Всеукраїнського центрального виконавчого комітету і Ради народніх Комісарів УСРР:

1) від 13 липня 1927 р. „Про розвиток і поліпшення роботи ясел і кімнат для годування немовлят на промислових підприємствах, де масово вживається жіночої праці" (Зб. Уз. УСРР 1927 р., № 39, арт. 171);

2) від 4 січня 1928 р. „Про забезпечення приміщеннями ясел на промислових підприємствах, де масово вживається жіночої праці" (Зб. Уз. УСРР 1928 р., № 1, арт. 3);

3) від 19 вересня 1928 р. „Про зміну п. „в" арт. 4 постанови Всеукраїнського центрального виконавчого комітету і Ради народніх комісарів УСРР „Про розвиток і поліпшення роботи ясел і кімнат для годування немовлят на промислових підприємствах, де масово вживається жіночої праці" (Зб. Уз. УСРР 1928 р. № 25, арт. 222), а так само постанову Ради народніх комісарів УСРР від 9 червня 1927 р. „Про заведення платности в яслах для категорії трудящих з достатком" (Зб. Уз. УСРР 1927 р. № 32, арт. 147).

Харків, 5 березня 1930 р.

Голова Всеукраїнського центрального виконавчого комітету *Г. Петровський.*

Заст. Голови Ради народніх комісарів УСРР *А. Дудник.*

В. об. Секретаря Всеукраїнського центрального виконавчого комітету *В. Поляков.*

(Надруков. в газеті „Вісті" з 7 березня 1930 р.).

До всіх окрздоровінспектур

(від НКОЗУ)

Згідно з висновком НКЮ, Наркомздоров'я пояснює таке:

Усі ті закони Уряду УСРР, на скасування яких видано 7 березня 1930 року, вищезазначену постанову ВУЦВК'у та РНК, зберігають чинність до 1 жовтня 1930 р., з якого терміну набуває чинности постанова 7 березня 1930 р.

Наркомздоров'я *Канторович.*

Заворгінстру *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 52|8 з 13 травня 1930 р.).

II. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я.

119. ПРО ПІДНЕСЕННЯ СТАНУ СПРАВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

До Вінницького й Зінов'ївського окрвиконкомів, всіх окрздоровінспектур і Харківського Міськздорову. Копія до НКОЗ АМСРР.

Наркомздоров'я звертає увагу своїх місцевих органів на те, що постанова Президії ВУЦВК'у з 17 липня 1929 року про прискорення темпу розвитку охорони здоров'я й про збільшення відсотку участи витрат на охорону здоров'я в місцевому бюджеті залишилася невиконаною.

Директиву Ради Народніх Комісарів УСРР — збільшити задоволення потреб охорони здоров'я на селі, не виконано повністю. Особливо це стосується округ із великими округовими центрами.

Призначення на окремі галузі роботи, як на санітарно-епідемічну справу, на санітарну освіту і на кваліфікацію медперсонала знов залишається недостатніми й по абсолютних сумах, і щодо участи їх в загальних призначеннях (сан. епід. справа — 9,0%, саносвіта — 0,5%, кваліфікація персоналу — 0,2%).

Питома вага призначень на заробітню платню в загальних призначеннях на охорону здоров'я зменшується з 52,6% до 47,2%, що вказує на те, що задоволення ставками зарплатні робітників охорони здоров'я відстає від загального задоволення потреб.

Призначення на капітальний ремонт установ цілком обмежені. Ще 1928-29 р. призначення на цю мету задовольняли потреби не більш, як на 50 — 75%, поточного року в бюджетах округ ці призначення за повідомленням округ знов недостатні, становлячи 64%, 54%, 53% і навіть 40% і 33% фактичної потреби.

З призначень за бюджетом на нове будівництво — значна частина повинна припадати на будівництво, що ув'язано з обслуговуванням природнього зросту населення, а тому на будівництво по виправленню недоліків минулого та на будівництво в соціялістичному секторі села залишається дуже мало.

Такий незадовільний стан справи охорони здоров'я доводиться констатувати й щодо якости справи.

Норми операційних витрат ще в багатьох округах не доведено до встановленого розміру.

Норми медикаментів на ліжка замість 15 коп. по окремих округах менші, доходячи навіть до 11 коп.

Норми медикаментів на амбуляторні відвідування замість 8 коп. становлять 7 коп. і навіть 5 коп. — і це за умови, що витрати на цю мету враховано не на потрібну кількість відвідувань, що фактично ще більш зменше ці норми.

Особливо незадовільно стоїть справа з нормами харчування по лікустановах і з нормами постачання білизни.

Як загальне правило, жодна округа не довела норм харчування до встановленої норми. Жодна округа не враховує цих норм за вказівками для цього: 70% загальної норми і 30% дієтичної норми. І ось замість норми в пересічному на 45 коп. по місту та 38 коп. на селі, — фактично норми становлять лише 30 коп., 25 коп. і навіть 20 коп.

Норми постачання білизни враховані взагалі пересічно по 15 крб. на ліжко, незалежно від того, для яких ліжок це зроблено. В той же часі ці норми для нових ліжок повинні в лікустановах складати 60 крб. й лише для амортизації майна норму встановлено на 15 крб.

Призначення по різних фондах цілком недостатні:

Місцевий протиепідемичний фонд по окремих округах становить лише 1000—1200 крб., санітарно-технічний фонд утворено далеко не по всіх округах і в цілком недостатньому розмірі, як 500 крб., фонд дезінф. справи також є не скрізь; фонд санаторно-курортової допомоги селянству майже не має збільшення проти попереднього року; фонду допомоги бідноті (міській, містечковій, сільській) майже не утворено й т. інші.

Водночас не можна не спинитися ще на окремих моментах, які відограють велику ролю в поліпшенні стану справи охорони здоров'я та які в поточному році, на жаль, не мали великого значіння. Це стосується коштів самооподаткування населення й коштів од реалізування позики індустріялізації в частині, яку було відраховано на справу охорони здоров'я.

Відрахування з коштів самооподаткування на охорону здоров'я становлять лише 7,9% загальної суми цих коштів, доходячи по окремих округах до 4,7%; 4,6% і навіть до 2,2% і 2,1%.

Лише, як виняток, по двох округах призначення на охорону здоров'я становлять 14,1% і 18,1% загальних коштів самооподаткування.

Не краще стоїть справа з коштами на охорону здоров'я з 10%-го відрахування од реалізування позики індустріялізації. По 7 округах призначень із цих коштів на охорону здоров'я й зовсім не зроблено.

Лише, як виняток, по двох округах призначення на охорону здоров'я становлять по Миколаєву—18,1% і по Маріюполю 14,1% загальних коштів самообкладання.

Не краще стоїть справа з коштами на охорону здоров'я з 10% відрахування од реалізування позики індустріялізації. По 7 округах: Запорізькій, Миколаївськ., Мог.-Подільській. Кам.-Подільській, Роменській, Херсонській і Чернігівській—призначень із цих коштів на охорону здоров'я зовсім не зроблено.

По останніх округах призначення на охорону здоров'я становлять лише пересічно 16,4% загальної суми, доводячи в окремих округах до 5,3% й навіть до 2,7%. Місцеві можливости не використано не тільки по зазначених джерелах. Не використано й інші джерела, як, наприклад, кошти населення для організації самоокупних ясел і т. інш.

Темп розвитку охорони здоров'я відстає від загального зростання господарства України.

Ось, загальний стан справи охорони здоров'я в місцевому бюджеті республіки поточного року. Все це ще раз підтверджено постановою РНК УСРР з 3-го квітня ц. р. (прот. № 11/664).

Рада Народніх Комісарів УСРР констатує незадовільні фінансові покажчики забезпечення населення медично-санітарною допомогою, що пояснюється замалими асигнуваннями на цю мету з основних джерел фінансування, зокрема—місцевого бюджету, не зважаючи на відповідну постанову ВУЦВК'у з 17 липня 1929 року про підвищення асигнування в цій справі, а також недостатньою увагою з боку місцевих органів до справи охорони здоров'я.

Наведені вище—загальний стан справи охорони здоров'я в місцевому бюджеті поточного року, відзначені постановою РНК хиби в цій справі й констатація цього незадовільного стану, як наслідок замалих асигнувань і недостатньої уваги з боку місцевих органів до справи—покладає на місцеві органи охорони здоров'я певні зобов'язання—добитися за всяку ціну найрізкішого, корінного перевлаштування справи в бік її поширення й піднесення якости.

Наркомздоров'я не може припустити надалі будь якої інертности або відсутности впертости з боку своїх місцевих органів при досягненні відзначеної мети.

Разом з цим Наркомздоров'я ще раз пропонує повідомляти про хід складання контрольних цифр, кошторисів у всіх передбачень для майбутнього року, зазначаючи й ті конкретні заходи, яких вживають окрздоровінспектури щодо збільшення асигнувань на охорону здоров'я.

За Наркомздоров'я *Сиротенко.*

Зав. оргінстр *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ з 13 травня 1930 р.).

119а. ПРО КЕРУВАННЯ СПРАВОЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ

До всіх окрздоровінспектур, до Вінніцького та Зінов'ївського ОВК, до секцій охорони здоров'я міськрад. Копія до НКОЗ АМСРР.

В низці округ виникають непорозуміння поміж лікпрофінспектурами та санінспектурами в питанні, хто саме повинен керувати та відповідати за переведення диспансеризації в окрузі.

Це питання особливо виникає там, де є окрпрофдиспансери, що ними керує безпосередньо санепід.

НКОЗ пояснює: те, що окпрофдиспансери знаходяться в безпосередньому керуванні санепіду зовсім не вказує на те, що організацію та здійснення диспансеризації в округовому масштабі провадить санепід. Це повинні, згідно з існуючим положенням, переводити лікпрофінспектури за допомогою та участю санепіду, саносвіти, охматдиту, ОЗДП.

Окрпрофдиспансер повинен брати участь в диспансеризації окремих груп робітників, брати найактивнішу учась в накреслюванні тих груп робочих, які найбільш підлягають диспансеризації, вивчати умови праці (санітарні характеристики праці й побуту) накреслювати санітарні заходи, щоб оздоровити виробничі умови, допомогти лікарям лікувально-профілактичних установ ознайомитися з виробничими умовами праці.

НКОЗУ пропонує взяти це пояснення до керування та виконання.

Зав. оргінстру *Кушнір.*

За зав. лікпрофвідділу *Трахтман.*

Зав. санепіду *Марзеєв.*

(Об. розп. НКОЗ з 28 квітня 1930 р. № 7—15).

120. ПРО ПОРЯДОК КЕРУВАННЯ УСТАНОВАМИ, ЩО УТРИМУЮТЬСЯ КОШТОМ СІЛЬСКИХ БЮДЖЕТІВ.

До всіх окрздоровінспектур, до Зинов'їьського та Вінницького ОВК'ів; копія до НКОЗ АМСРР.

Виконуючи постанову ЦВК СРСР з 3 березня 1930 року про „засади про організацію сільських рад“ та постанову ВУЦВК'у від 15 березня 1930 р. про запровадження цих засадів.— Наркомздоров'я повідомляє, що треба негайно всю роботу щодо організації та керування постановкою роботи всіх медично-санітарних установ, що знаходяться на терені сільрад та утримуються за сільським або районним кошторисом — передати сільрадам за належністю. За райздоровінспекторами залишається контроля за постановкою роботи медсанустанов, інспектування та інструктаж цих установ.

Призначення та звільнення завідувачів установ провадить виключно сільрада для установ, що є на утриманні сільського бюджету. Призначення та звільнення завідувачів

установ, що утримуються за районним бюджетом та мають міжсільське або районне значіння (великі лікарні тощо) — провадить райздоровінспектор погоджуючи із відповідною сільрадою, на терені якої знаходиться установа.

Сільська рада, як вищий орган влади в межах своєї території, повинна організувати активну участь трудящих села в справі охорони здоров'я та організувати всі заходи щодо охорони здоров'я людности села, якто: заходи про охорону дитинства та материнства, по оздоровленню праці та побуту селянства, про попередження та ліквідацію інфекційних захворувань, про розгорнення серед людности санітарно-освітніх знань та інш.

Кожна медустанова, незалежно від того, на якому бюджеті вона утримується, відчитується в своїй роботі перед сільрадою, на терені якої вона перебуває. Медустанови міжсільського значіння повинні відчитуватися в своїй роботі перед усіма сільрадами, що ними обслуговуються.

Заст. наркомздоров'я УСРР *Кустелян*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ з 30 квітня 1930 р. № 7/2)

121. ПРО ДІЯЛЬНІСТЬ РАЙЗДОРОВІНСПЕКТОРІВ

До всіх окрздоровінспектур, райздоровінспекторів. Копія до НКОЗ АМСРР та ОВК-ів.

Постанова ВУЦВК та РНК УСРР (Зб. Узак. 1927 р. № 56—57, арт. 231) про райвиконкоми встановлює певні функції райздоровінспекторів, на яких покладається керування всією справою охорони здоров'я в районі. Проте, за відомостями НКОЗ, райздоровінспектури, здебільшого лікарі, займаючи цю посаду за сумісництвом, не надають справі керування роботою в районі певної уваги. З другого боку деякі райвиконкоми, не притягаючи до роботи райздоровінспектора, підмінюють його, втручаючись у всі оперативні справи по мед-сан. установах. Надаючи велике значення дійсному переведенню децентралізації адміністративних функцій та передачі частини їх до району, НКОЗ вважає за потрібне зміцнити керування справою охорони здоров'я, щоб наблизити її до населення.

Наркомздоров'я категорично настоює на тому, щоб райздоровінспектори відповідно до директив про одноначальність були дійсними відповідальними керівниками охорони здоров'я в районі.

Окрздоровінспектури повинні стежити за тим, щоб обов'язки райздоровінспектора доручалися лікарю, який користувався-б відповідним авторитетом, як серед населення, так і РВК та зміг би дійсно бути керівником для всіх медсанустанов району та цілком відповідав би за стан охорони здоров'я в районі.

Одночасно треба порушити перед ОВК питання про дачу певних директив всім райвиконкомам про максимальне притягнення райздоровінспекторів до участи в роботі РВК.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. оргінстр. від. *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ з 10 травня 1930 р. № 7—23).

122. ПРО МЕДСАНОБСЛУГОВУВАННЯ БІДНОТИ ТА НАЙМИТІВ

До всіх окрздоровінспектур, Зінов'ївського та Вінницького ОВК-ів

У зв'язку з тим, що по деяких округах спостерігається недосить повне та задовільне мед. сан. обслуговування бідноти та наймитів, Наркомздоров'я знову нагадує та підкреслює, що інструкцію НКОЗ з 25 березня

ц. р.№ 123/ЛП про надання першочергової допомоги наймитам та бідноті і треба суворо виконувати та провадити в життя.

Для перевірки виконання директиви НКОЗ щодо мед. сан. обслуговування наймитства та бідноти найближчим часом буде проведено спеціяльне обслідування.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний.*

Зав. оргінстр. від. *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ з 27 квітня 1930 р. ч. 7—30).

123. ПРО ЛІТНІЙ ПРАКТИКУМ СТУДЕНТІВ — МЕДИКІВ.

До всіх окрздоровінспектур, до МСУ, НКОЗ АМСРР, до Зінов'ївської Вінницького ОВК, секції охорони здоров'я міськради.

На останньому Всеукраїнському з'їзді охорони здоров'я відповідно до постанови листопадового пленуму ЦК ВКП(б), багато уваги приділили питанню підготовки кадрів. Підкреслено було конкретні заходи для поліпшення підготовки медичних кадрів і, насамперед, складено вказівки про ув'язку теоретичного викладання з виробничим практикумом. Щоб виконати всі вищезазначені постанови, НКОЗУ встановив обов'язковий літній практикум для студентів медінститутів 3-го й 4-го курсів мед. факультетів, 2-го й 3-го курсів одонфаків; для студентів фармацевтичних технікумів 1-го й 2-го курсів—по аптеках. Термін літнього практикуму встановлюється 2 м-ці: від 1 червня до 1 серпня ц. р.

Студенти-медики 3-го курсу провадять свій практикум у лікувально-санітарних установах, як середній медичний персонал, а студенти - медики 4-го курсу — залежно від ухилу: а) за лікпрофілактичним ухилом припускаються до роботи, як суб-асистенти при штатних ординаторах лікарень, амбуляторних прийомів, диспансерів тощо; б) по охматдиту й ОЗДП — та в) по санепіду — за спеціяльною програмою.

Студенти фармтехнікумів направляються до аптек і провадять роботу за спеціяльною програмою.

Потрібно вжити всіх заходів, щоб найкраще забезпечити та утворити сприятливі умови переведення виробничого практикуму поточного навчального року.

Треба виділити за кожним видом практикуму відповідальних керівників по окрздоровінспектурах, які керували-б і відповідали за найуспішніше переведення практикуму.

НКОЗ пропонує, розподіляючи студентів, що приїдуть на практикум, **якомога ширше використовувати лік-санітарні установи сільської периферії,** з обов'язковою, однак, умовою забезпечити цілком кваліфіковане керівництво. Тільки за цих умов студенти зможуть зазнайомитися з роботою сільської медицини.

Згідно з постановою НКПраці Союзу, практикум повинно сплачувати, й Ви маєте прийняти на практикум за розкладкою, що її для Вас встановили.

Прийом за вказанною розкладкою ОЗІ є обов'язковий, і жодні клопотання про зменшення НКОЗУ приймати не буде. а розглядатиме як невиконання постанов уряду в **питаннях підготовки кадрів і введення виробничого практикуму.**

Через те, що цього року ми не зможемо забезпечити всіх студентів платними посадами практикуму, студенти, що приїжджають понад встановленої для округи розкладки, напрямляються на практикум безплатно, керуючись нарядами, що їх видали мед. або фарм. ВУЗ'и, на яких треба зазначити, що цього студента напрямили на безплатний практикум.

Наркомздоров'я *Канторович*

Зав. орг. інстр. відділу *Кушнір*

(Об. розпор. НКОЗУ 31 травня 1930 р. № 58-22)

124. ПРО РОЗПОДІЛ ЛІКАРІВ, ЩО ЗАКІНЧУЮТЬ МЕДВИШ'І

До медінститутів, копія до окрдоровінспектур

На додаток та зміну інструкції НКОЗ та НКПраці з 30 листопада 1929 р. (бюл. НКОЗ 1929 р. № 31-33) встановлюється таке:

1. Лікарі, що підлягають восени призову на військову службу, напрямляються до округ на загальних підставах і підлягають призову з

місць призначення. Термін перебування на військовій службі зараховується в термін трирічної служби. Скінчивши службу, лікарі повинні повернутися в розпорядження округи, де вони працювали до призову.

2. Тимчасове використання лікарів, що їм дано відстрочку для виїзду за станом здоров'я, в університетському центрі (Харків, Київ, Одеса, Дніпропетрівське) залежить од окрздоровінспектури або секції охорони здоров'я за згодою цих лікарів.

3. Тривалість несамостійної роботи для одонтологів встановлюється 2 місяці.

4. Тривалість несамостійної роботи для лікарів залежно від обставин за розпорядженням ОЗІ, можна скоротити до 4 місяців.

Примітка: Чинність цього пункта поширюється також і на лікарів випуску 1929 р. для яких ОЗІ має право відповідно скоротити термін перебування на несамостійній посаді.

5. Окрздоровінспектурі надається право використовувати в разі потреби лікарів вип. 1930 р. на тимчасовій роботі для переведення літньої сезонної роботи, причому після закінчення цієї кампанії цих лікарів треба напрямляти на несамостійну роботу на термін, що встановлює інструкція.

6. Лікарів, що напрямлені до округ для проходження трирічної служби, після закінчення ними несамостійної праці треба призначати переважно на посади поза округовими центрами.

Наркомздоров'я *Канторович*

Зав. Орг. Інстр. відд. *Кушнір*

Погоджено з ВУК'ом МСТруд—Затон

(Об. розп. НКОЗ з 9 травня 1930 р. ч. 72).

125. ПРО УЧАСТЬ УЧХ В ЯСЕЛЬН. КАМПАНІЇ

До всіх окрфілій доркомів і водкомів Червоного хреста.

Майже 8 років наше Т-во Червоного Хреста провадить таку важливу для уздоровлення дитинства роботу, як сільську ясельну кампанію. Ця форма роботи була найпопулярніша серед нашої організації, і місцеві комітети охоче її провадили, організувавши останніми роками мережу в понад 150 ясел.

Досі сільська ясельна кампанія порівняно широкого розгортання взагалі не мала. Наша організація своєю мережою ясел брала участь в ній майже в 10% всієї мережи НКОЗ.

Тепер, з огляду на завдання соціялістичної перебудові країни, зокрема сільського господарства, ця справа набирає дуже великого значіння.

ВУЦВК і РНК своєю постановою, що оголошена у „Вістях“ від 7 березня 1930 р., № 55, про заходи щодо колективізації і уздоровлення дитячого побуту наказали всім державним установам і громадським організаціям взятися до широкого розгортання уздоровчих закладів для дітей.

НКОЗ за своїм пляном на 29-30 рік передбачає лише в усуспільненому секторі відкрити таких установ, як сільські ясла, понад 7.000.

Зрозуміла річ, що тепер в цій величезній мережі наші 200 ясел не відограватимуть великої ролі. Отже нам слід змінити установку тут, бо працювати в сільській ясельній кампанії ми повинні як найактивніше.

Поперше, ми повинні працювати якнайактивніше в цій справі через те, що ясельна кампанія є справа перебудови побуту, а ми це маємо, як за одно з головних наших завдань.

Подруге ми маємо виконати контрольні цифри цього року нашої п'ятирічки, що її як Вам відомо, треба виконати за $3^1/_2$ роки. Тому на 29/30 р. Ви, поперше, повинні призначене число ясел за п'ятирічним пляном збільшити відповідно до виконання п'ятирічки в $3^1/_2$ роки.

Згаданою вище постановою ВУЦВК і РНК зауважили, що кошти кооперативних, професійних та громадських організацій лише ураховуються, але витрачають їх організації

самі безпосередньо на обслуговування дітей їхніх членів за плянами, розробленими НКОЗ та НКО УСРР. Це ви повинні знати і міжвідомчій комісії грошей не давати, а робити ясла самі.

Поза організацією мережі ясел і господарювання ними, ми так само повинні взяти участь в ясельній кампанії і такими формами роботи, як участю нашого активу та членської маси в пропаганді цієї ясельної кампанії, у всій підготовчій роботі та в самому процесі роботи і своїх ясел, і ясел що їх організують інші організації.

Тут ми повинні найширше використати нашу членську масу, втягаючи її до цієї роботи та виховуючи з них кадри постійних місцевих робітників ясел, які б завжди в них працювали.

Наші сільські ясла цього року за основні принципи своєї роботи мають взяти такі:

1) Ясла треба доручити організовувати низовим осередкам та комітетам ЧХ в колгоспах та в селах, щоби привчати їх до організаційної та господарчої праці. Окрфілії, особливо на перших кроках мусять їм в тому якнайактивніше допомагати.

2) Організувати ясла в комунах, артілях та в окремих селах по районах поспільної колективізації:

3) Обслуговувати максимально наймитство по всіх радгоспах, де в цьому є потреба, та по тих селах, де навколо розвинуто масове вживання наймитства (плянтації, городи тощо).

4) Для переведення ясельної кампанії треба якнайширше втягнути широкі кола селянства, особливо жінок та членів нашого товариства;

5) Звернути увагу на використання наших сестер запасу для роботи в яслах, відповідно їх підготовивши по питаннях Охматдиту; використати для того треба і слухачів курсів першої допомоги, перевівши їхню підготовку на короткотермінових курсах Охматдиту, про які ми Вам писали.

6) В справі бюджету ясельної кампанії треба використовувати матеріяльні засоби колгоспів, комун, артілей, як от — приміщення, харчі, різне встаткування тощо.

7) До ясел, як правило, треба приймати дітей до 4 років. Немовлят у ясла треба брати в першу чергу, але з тим, щоб матері годували грудьми, для чого останніх треба лишати на роботі в самому колгоспі.

8) Ясла на селі обслуговують дітей батраків (батрачок) і тих незаможних жінок, що не мають на кого лишити дитину.

Ясла в колгоспі обслуговують дітей членів колгоспу, а так само дітей батраків найближчих сел. Коли місць у яслах не вистачає, в першу чергу обслуговуються діти членів колективу, які не мають на кого лишити дитину.

9) Ясла мають працювати не менш, як 4 і навіть 5 місяців.

Треба прагнути того, щоб сезонові ясла обертати в міру змоги на постійні.

10) Щоб найширше втягнути і зацікавлене селянство в кращому переведенні сільської ясельної кампанії, Ви маєте організувати соцзмагання поміж окремими своїми яслами, втягнувши до нього, як найширше наш актив та членську масу.

11) Про хід цього змагання, про дефекти в роботі ясел Ви повинні писати нам та давати матеріял до редакції нашого журналу „Червоний Хрест“.

Просимо повідомити нас про Вашу мережу ясел та про Ваші заходи щодо притягнення в ясельну кампанію свого членства та взагалі трудящого селянства.

Член президії ЦК УЧХ *Холодний*

Медінспектор *Карабай.*

(Об. УЧХ з 10 квітня 1930 р. № 20/236).

126. ПРО ІНСТРУКЦІЮ ЩОДО ВИДАЧІ ТА ЗАПОВНЕННЯ ЛИСТКІВ ПРО НЕПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького та Зінов'Ївського ОВК копія НКОЗ АМСРР

При цьому надсилаємо для керування інструкцію лікувальникам-лікарям про видачу та заповнення листків непрацездатности з 7 березня 1930 р.
(№ НКПраці—40, № НКОЗ—114 ЛП).

Заст. зав. лік. проф. від. *Трахтман*

(Об. розп. НКОЗ з 6 квітня 1930 р., ч. 119-ЛП)

ІНСТРУКЦІЯ ЛІКУВАЛЬНИКАМ ЛІКАРЯМ ПРО ВИДАЧУ ТА ЗАПОВНЕННЯ ЛИСТКІВ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТИ

До всіх окрстрахкас і здороввідділів

Перехід лікарсько-страхової контролі на принцип вибірности й ревізійних обслідувань надає лікувальникам лікарям право давати відпустки з причини тимчасової непрацездатности одноособово, або з відома та згоди зав. лік. установ на довгі строки. Цей новий порядок покладає на кожного лікувальника-лікаря та на керівника лікустанови відповідальність за кожну відпустку, що її він надав з причини тимчасової непрацездатности й за доцільне та економне витрачання страхових фондів, ставлячи перед лікувальниками-лікарями завдання, через правильне та інтенсивне лікування повнотою відновити в максимально швидкий строк працездатність хворого.

Пам'ятаючи, що видачу листка про непрацездатність, як грошового документа, треба провадити лише з достатньою обґрунтованістю та у випадках дійсної потреби, лікувальник-лікар повинен керуватись при наданні відпусток нижченаведеними вказівками, приділяючи особливу увагу правильному заповненню історії хвороби та амбуляторної картки застрахованого, а також переведенню точного обліку кількости відпусток і днів непрацездатности, згідно із спеціяльною формою, що її вкажуть органи соцстраху та охорони здоров'я.

I. Страхове значіння листка непрацездатности

§ 1. Листок непрацездатности є лікарське посвідчення, що дає право не виходити на роботу й одержувати допомогу від кас соціяльного страхування; разом із тим він є важливий статистичний документ для вивчення захворування.

Вважаючи на велике його значіння, листок непрацездатности треба видавати якнайобережніше.

II. Про право видавати й підписувати листки непрацездатности

§ 2. Перелік установ, що мають право видавати листки непрацездатности, встановлює окрздоров'я, порозумівшись із страхкасою.

§ 3. Списки лікувальників-лікарів, що їм надається право давати листки непрацездатности, складають місцеві органи охорони здоров'я, подаючи їх на затвердження до страхових кас.

> Увага. Завідувачам фельдшерських пунктів у місцевостях, де немає лікаря, можна надавати право видавати листки непрацездатности, якщо є згода поміж страховою касою й окрздоров'ям.

§ 4. До спису лікарів, що мають право видавати листки непрацездатности, як правило, не треба заводити лікарів, яких запрошується на тимчасову роботу. Винятки можна припускати для тимчасових лікарів, що вже мають це право на інших (штатних) посадах, а також тоді, коли лікар на тимчасовій роботі є єдиний фахівець у лікустанові. Стажори-лікарі, лікарі-інтерни, а також нештатні асистенти при установах неучбового типу, ні в якому разі з права видавати листки непрацездатности користуватись не можуть.

§ 5. Страхові каси мають право на мотивований відвід лікарів, яких у цьому випадкові виключається зі списку.

§ 6. Список лікарів, що мають право видавати листки непрацездатности, переглядають періодично, не менш як раз на рік. Нові, а також додаткові списки складають таким же порядком, як і основні.

§ 7. В кожній лікарняній установі повинан бути підписаний місцевим органом охорони здоров'я і погоджений зі страхкассою, список лікувальників лікарів даної установи, що мають право видавати листки непрацездатности.

§ 8. Видавати будьякі посвідчення або записки замість листків непрацездатности не дозволяється.

III. Про право на одержання листка непрацездатности

§ 9. Право на одержання листка непрацездатности мають всі визнані за непрацездатних: а) особи, що працюють на підприємствах і в установах; б) безробітні, що їх зареєстровано на біржі праці підчас одержання допомоги, а також незняті з допомоги через безробіття після упливу 9 місячного крайнього строку видачі її на протязі останнього року безробіття.

> Увага. Безробітні, що їх знято з допомоги безробіття після упливу 18-ти місячного крайнього строку одержання допомоги за даний час безробіття, не мають права на одержання листка непрацездатности.

§ 10. Листок непрацездатности сезонним та тимчасовим робітникам і службовцям видається:

а) сезонним—строком не довше, як до закінчення сезону; б) тимчасовим не довше, як на строк їхніх наймів, або коли строка наймів не зазначено—не довше, як на 2 місяці з моменту початку їхньої тимчасової роботи, а коли вони заступають тимчасово—відсутніх робітників, то не довше, як на 4 місяці.

Увага. Особам, що працюють наймано на роботах сезонного характеру та особам, що працюють як тимчасові робітники й службовці, листки та допомоги з причини тимчасової непрацездатности видають при трудовому каліцтві або при професійному захворуванні до відновлення працездатности або встановлення інвалідности.

§ 11. Особи, що перебувають у декретній відпустці, право на одержання листка непрацездатности мають лише тоді, коли вони користуються з ліжкового лікування (так у лікарні, як і вдома.

Увага. Це обмеження не стосується робітників освіти, коли чергову відпустку надано робітникові в канікулярний час.

§ 12. Особам, що перебувають у відпустці за свій кошт, листок непрацездатности за дні хвороби підчас відпустки не видається.

§ 13. Листок непрацездатности можна видавати лише після пред'явлення лікарняної книжки або посвідчення з місця служби або профспілкового білета, а безробітним—після пред'явлення книжки про безробіття.

IV. Як видавати й заповнювати листки непрацездатности

§ 14. Лікувальник-лікар може видавати й відмічати листки непрацездатности у випадках, зв'язаних із його прямими службовими обов'язками й лише в місці, де він працює (в лікарні, поліклініці, вдома у хворого й інш.).

§ 15. Листок непрацездатности треба видавати в день первісного огляду лікарем хворого, коли його визнається за непрацездатного; видавати листок числом попереднім, або на підставі посвідчення про лікування, що його видав інший лікар, безумовно забороняється.

§ 16. Видаючи листок непрацездатности, лікувальник-лікар повинен старанно вважати не лише на суб'єктивні й об'єктивні клінічні дані, а й на детальну професію, умови виробництва й побут хворого, листок непрацездатности видається лише тоді, коли наяву є тимчасове порушення працездатности, що позбавляє застрахованого дійсної можливости виконувати його професійні обов'язки.

§ 17. Видаючи листок непрацездатности, лікувальник-лікар повинен обов'язково заповнити всі відповідні графи, заповнення й підпис провадиться чорнилом або чернильним оливцем чітко, розбірно й чисто; виправлення треба обумовлювати за підписом лікувальника-лікаря; початкову й останню дату на листку непрацездатности пишеться прописом.

Увага. Листок непрацездатности, заповнений не так, як слід, або з неясним підписом лікаря, страхкаса має право вважати за недійсний і не прийняти на оплату, вживаючи одночасно негайних заходів до виявлення права застрахованого на допомогу.

§ 18. Діягнозу на листку непрацездатности пишеться українською, або російською мовою (а не латинською), цілком розбірно й щоб вона повнотою збігалась з діягнозою, зазначеною в історії хвороби; підмінювати діягнозу симптомом хвороби ні в якому разі неможна; за непрацездатности через травму треба на листку позначити її етіологію в разі захворування, зв'язаного з повторним відвідуванням лікаря, лікар обов'язково проставляє на листку остаточну діягнозу.

§ 19. На листку непрацездатности треба позначити режим, приписаний хворому; ліжкове утримання, дозволено чи не дозволено виходити з дому, амбуляторне, лікарняне лікування, хатнє тощо; помітки про приписаний режим та про випадки порушення його робить лікувальник-лікар на листку непрацездатности в графі „різні помітки".

§ 20. Коли хворий лікується амбуляторно, на листку непрацездатности відмічають строки, в які застрахований має прийти до лікаря й роблять помітку про явку застрахованого в призначені дні, якщо хворий лікується вдома, на листку непрацездатности відмічають дні відвідування хворого лікарем та день дальшого виклику лікаря.

§ 21. Якщо встановлюють, що хворий потрібує стаціонарного лікування, листонепрацездатности видають лише тоді, коли застрахований уже в цей момент був непрацездатний та незалежно від того, чи приймуть його на ліжко, чи ні. Хворий, що його визнано за працездатного, але який потрібує стаціонарного лікування (наприклад, операції, але невідкладної), посилається до лікарні з супровідною запискою без видачі йому листка непрацездатности.

§ 22. За ліжкового лікування обов'язково відмічають: час, коли прибув застрахований до лікарняної установи, діягнозу лікарняного лікаря, у відповідних же випадках день операції або дату пологів і час виписання з лікарні.

§ 23. Після відновлення працездатности застрахованого лікувальник-лікар оформляє лікарняний листок, обов'язково відмічаючи в ньому прописом день наступу працездатности.

Всі записи, що їх робиться в лікарняному листку, обов'язково підписує лікувальник-лікар, скріпляючи печаткою лікарняної установи.

§ 24. Підчас одної й тої ж хвороби первісний листок непрацездатности можна видавати застрахованому лише один раз. Отже, коли застрахований звертається для лікування до різних лікустанов або різних лікарів, від хворого треба вимагати для відміток подання лікарняного листка, виданого на початку заслаблення або продовження листка непрацездатности. В тому разі, коли листка непрацездатности не видавали, його треба видавати за датою звертання до даного лікаря.

§ 25. Якщо непрацездатність настає через гостре сп'яніння застрахованного або через заподіяння непрацездатности його діями, що викликало гостре сп'яніння (бійки, поранення тощо), а також коли викривають випадки зловмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю, лікувальник-лікар на листку непрацездатности робить відповідну помітку

§ 26. Лікувальникам-лікарям, про всі встановлені випадки, треба, коли непрацездатний штучно погіршив стан своєї хвороби, аби використав не за призначенням відпустку, надану для лікування або не прибув без поважних причин на освідкування у зазначений строк, доводити це через завідувача лікустанови до відома лікарсько-страхові органи.

§ 27. У всіх випадках, коли у лікувальника-лікаря виникає підозріння на симуляцію або аґравацію хвороби та на членоушкодження, а також у сумнівних своїм походженням травмах, опалах, язвах тощо, коли можна припускати розтруїння їх, він повинен такого хворого негайно надсилати до страхового довіреного лікаря, а коли його нема, до головного лікаря для дальшого освідкування в ЛКК, або в комісії лікарів лікустанови.

§ 28. В тих випадках, коли лікувальник-лікар має достатні підстави припускати наявність у хворого постійної непрацездатности, він повинен такого хворого послати на ЛКК для попереднього встановлення непрацездатности з усіма потрібними даними про його хворобу (довгочасність і течія хвороби, лябораторні дослідження, рентген тощо).

§ 29. Якщо до каси звертається застрахований по допомогу до кінця строку лікування, у нього відбирають листок непрацездатности й замість листка каса видає „продовження листка непрацездатности" помітки про дальші лікування лікар проставляє в „продовженні" за тими саме правилами, як і в листку непрацездатности.

V. У яких випадках видають листок непрацездатности

§ 30. Листок непрацездатности видають застрахованому на випадок потреби звільнити його від роботи:

а) через хворобу або каліцтво, що супроводиться тимчасовою втратою працездатности;

б) за вагітности й пологів на протязі 8 тижнів до й 8 тижнів після пологів для осіб, що працюють фізично, або для прирівнених до них; та на протязі 6 тижнів до й 6 тижнів після пологів для інших застрахованих.

> Увага. Випадки викиднів та передчасних пологів раніш за 8 „лунних" місяців треба розглядати, як захворування й порядок видачі листків непрацездатности провадиться на загальних підставах.

в) за потреби фактичної ізоляції (карантин) застрахованого, що її викликано наявністю заразного захворування серед околишніх застрахованих і через яку неможна виходити йому на роботу.

> Увага. Надаючи відпустки з причини карантину, треба керуватись спеціяльною інструкцією, що її розробили ГУСС НКП УСРР і НКОЗ УСРР, та яку оголошено 19 листопада 1929 року.

г) за потреби догляду за захворілим членом родини.

> Увага. Потребу догляду за захворілим членом родини визнається у тих випадках, коли брак догляду загрожує явною небезпекою для життя й здоров'я захворілого й при тому лише, коли немає можливости помістити його в лікарню й немає інших членів родини, що можуть доглядати захворілого.

VI. Про строки, що на них лікувальники-лікарі можуть давати відпустки

§ 31. Строки, що на них лікувальникам-лікарям надається право увільняти від роботи в лікарняно-профілактичних установах, де є лікарські консультації (ЛК), встановлюють комітети страхових кас, але не більш як на 5 день, а лікарям допомоги вдома, які контролюють порядком ЛК на строк не більш як на 15 день.

Увага. Про порядок і строки надання відпусток з тимчасової непрацездатности в лікарняних і лікарняно-профілактичних установах, де не заведено контролі страхових кас через „лікарські консультації“ треба додержуватись спеціяльної інструкції, яку 19-VII-29 р. видав НКОЗУ, порозумівшись із Головсоцстрахом НКП УСРР.

VII. Відповідальність за неправильну видачу листків непрацездатности, неправильне або недбале заповнення їх і т. інш.

§ 32. Видача від лікувальн. лікаря листка про непрацездатність а) особі, що не має права одержувати його, б) за випадком, який не дає права на звільнення з роботи, в) на строк більший, ніж той, протягом якого лікувальник-лікар має право видавати, г) що його він заповнює недбало, або неповно тягне за собою, в перший раз дисциплінарну кару з боку зав. установи, а в другий—зауваження з попередженням, або позбавлення права видавати листок, в кожному окремому випадкові за згодою окрздоров'я.

При випадках зловживання окрстрахкасса за згодою окрздоров'я порушують карне переслідування.

§ 33. Відповідальність за неправильну видачу листка про непрацездатність, а також за недбале його заповнення (брак або неясність потрібних записів, недбалість підпису), а також за неакуратне провадження щоденних відомостей покладається на лікувальника-лікаря, що підписав листок непрацездатности.

Відповідальність за видачу від лікувальника лікаря листка про непрацездатність покладається і на головлікаря лікарняної або лікарняно-профілактичної установи, який також відповідає за переховування листів непрацездатности і за брак печатки лікарняної установи на виданих листках про непрацездатність.

VIII. Про облік і звітність виданих листків про непрацездатність

§ 34. Щоб мати правильний облік страхової роботи кожної лікустанови в цілому і окремих лікарів, які в ній працюють, а також за для правильної страхової контролі над відпустками, що їх надають у всіх лікарняних і лікарняно-профілактичних установах, провадиться точний щоденний облік звільнень по листку непрацездатности, що їх надає кожний окремий лікувальник-лікар.

Увага. Форму щоденних відомостей і місячних зведень, а також інструкцію до них надішлють на місця, як затвердить НКОЗ і ГУСС.

IX. Зв'язок між лікувальниками лікарями й органами соцстраху

§ 35. У всіх питаннях, які зв'язані з наданням відпусток і з лікарською контролею лікарняні й лікарняно-профілактичні установи та лікувальники-лікарі звертаються до органів лікарсько-страхової контролі й до довірених лікарів страхкас, щоб найправильніше й повніше розв'язувати питання про надання відпусток і видачу листків про непрацездатність.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

За Наркомпраці УСРР *Ковалік*

127. ІНСТРУКЦІЯ*)

Про примусовий огляд і примусове лікування венеричних хорих

На підставі арт. 6 пост. РНК УСРР з 23 березня 1928 року. „Про заходи боротьби з венеричними хворобами“ (Зб. Уз. УСРР 1928 р., ч. II арт. 106), Наркомздоров'я, порозумівшись з Народнім Комісаріятом Внутрішніх Справ УСРР і Народнім Комісаріятом Юстиції УСРР, постановив затвердити нижченаведену інструкцію.

1. До примусового огляду, а коли встановлено факт захворування на венеричну хворобу в заразливій її стадії — і для примусового лікування, на підставі постанови РНК УСРР з 23 березня 1928 року, „Про заходи до боротьби з венеричними хворобами“, можуть бути притягнені такі категорії осіб:

а) Що перебувають у таких житлових умовах, що при них вони можуть заражати осіб, які їх оточують;

*) Окремо місцям не надіслано.

б) Що працюють у таких умовах, коли при них вони можуть заражати осіб, яких вони обслуговують або з якими вони сумісно працюють;

в) Учні.

г) Що працюють з найму, як мамки або хатні робітниці;

д) Вагітні.

2. Питання про притягнення до примусового огляду осіб, що їх перелічено в арт. 1-му цієї інструкції, можуть порушувати:

а) Венерологічні диспансери та інші венерологічні установи відносно всіх перелічених вище категорій;

б) відповідні органи санітарного догляду відносно категорій осіб, що їх перелічено в пунктах „а", „б", „в", „г", артикула 1 цієї інструкції.

в) Органи охорони материнства й дитинства відносно категорії осіб, що їх зазначено в п. „д", арт. 1 цієї інструкції.

3. Питання про безпосереднє притягнення до примусового лікування осіб, що перелічені в арт. 1-му цієї інструкції, може порушити кожна лікувальна установа, яка констатувала факт наявности у цих осіб венеричного захворування в заразливій стадії, а також кожна лікувальна установа, де ці особи, почавши лікуватись, свавільно припинили таке, продовжуючи лишатися заразливими.

4. Питання про потребу на кожний окремий випадок оглядати або лікувати хвору особу вирішають:

а) Відносно категорії осіб, що їх перелічено в п. п. „б", та „в" арт. 1 цієї інструкції відповідний орган санітарного догляду;

б) відносно категорій осіб, що їх перелічено в пункті „а", арт. 1 цієї інструкції,— місцевий венерологічний диспансер або відповідний орган сандогляду;

в) відносно осіб, що їх зазначено в п. „г" арт. 1 цієї інструкції місцеві венерологічні диспансери, а де таких немає,— лікувально-профілактичні інспектори місцевої інспектури охорони здоров'я.

5. В містах осіб, що відносно них припустимо примусовий огляд або лікування, викликають до місцевого венерологічного диспансеру окремою повісткою в закритому конверті, не зазначаючи мети, що для неї такі викликаються й попереджуючи їх, що коли вони не прибудуть у визначений термін, то вони притягаються до законної відповідальности (зразок повістки до цього додається).

6. Якщо особа, яку викликано за арт. 5-м цієї інструкції не прибула в призначений їй термін, або, прибувши, відмовилась від огляду або лікування, або припинила початі огляд і лікування — венерологічний диспансер притягає цю особу до відповідальности на підставі п. 6 ст. 72 Адміністративного Кодексу УСРР (Зб. Уз. УСРР 1929 р. № 23, ст. 189).

7. В сільських місцевостях, де немає вендиспансерів, викликати осіб, що підлягають до примусового огляду або лікування, й притягати їх до законної відповідальности, якщо вони ухиляються від таких, покладаються на відповідний медичний участок.

8. Кожна лікувально-санітарна установа, притягуючи до примусового огляду або лікування осіб, що їх перелічено в 1-му арт. цієї інструкції, повинна наперед використати всі можливі в умовах роботи данної установи заходи до переконання, щоб примусити відповідну особу прибути з доброї волі на ослідування або лікування й лише, коли вона відмовиться від таких, вжити відповідних примусових заходів.

Наркомздоров'я УСРР — *Канторович*

Погоджено: НКЮСТ — *Порайко*

НКВНусправ — *Якимович*

ЗРАЗКОВИЙ

Текст повістки

На підставі постанови РНК УСРР з 23 березня 1928 року, пропонується вам прибути до числа о годині в приміщення диспансера (вул. ч.).

Якщо ви не прибудете до зазначеного строку, Вас буде притягнено до законної відповідальности.

128. ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ ПОЛОГОДОПОМОГИ НА СЕЛІ.

(Окремо не надсилалося).

До всіх окрздоровінспектур і МСУ. Копія до НКОЗ АМСРР

Пологодопомога на селі саме вузьке місце охорони здоров'я, а тому треба звернути найбільшу увагу цій ділянці роботи.

Насамперед треба розгорнути пологодопоміжні установи в колективізованих селах та районах. В кошторисі на 1930-31 рік треба передбачити певні асигнування за місцевим бюджетом на поширення пологодопомоги на селі, настирливо домагаючись збільшення охоплення пологодопомогою насамперед селянки-колективістки і селянки взагалі.

Під пологові стаціонари при медучастках треба використати колишні лікарняні приміщення, відремонтувавши їх, куркульські будинки тощо.

З цим додається основні принципи, що за ними треба на найближчий час організувати пологодопомогу на селі та зразок обладнання 5 ліжкових пологових стаціонарів при медучастках з приблизною калькуляцією цього обладнання.

Заст. Наркома здоровоохорони Зав. охматдиту *Кустелян*

Зав. орг. інстр. відд. *Кушнір*

(Об. розп. ч. 35-3 з 13 травня 1930 р.).

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОЛОГОДОПОМОГИ НА СЕЛІ

1. Організація пологодопомоги повинна містити в собі таке:
а) безумовну шпіталізацію всіх патологічних пологів;
б) максимальну шпіталізацію нормальних пологів та
в) організацію допомоги при пологах вдома в тих місцевостях, де тепер неможна розгорнути пологові ліжка.

2. Найраціональнішу форму шпіталізації пологодопомоги є утворення широко розгалуженої, дрібнорайонової, децентралізованої мережі пологових стаціонарів на 5 ліжок кожний із радіусом обслуговування 5 кілометрів при кожному лікарсько-амбуляторному участку. Організуючи новий медучасток, треба передбачити утворення пологового стаціонару.

3. Такі пологові стаціонари мають таке призначення:
а) забезпечити породіллю лікарською допомогою,
б) надати гігієнічні обставини для пологів та в післяродовому періоді.

4. Пологовий стаціонар повинен мати щільний зв'язок із найближчим пологовим будинком або відділком найближчої лікарні з районовою консультацією охматдиту (якщо її нема—з окружною).

5. Пологові ліжка неможна ні в якому разі використовувати для інших хворих, крім породіль та абортів.

6. Термін перебування породіллі в стаціонарі після нормальних пологів—повних 7 діб. Хорі з ускладненим післяпологовим періодом, якщо вони потрібують довгого стаціонарного лікування переводяться (за відсутністю медичних протипоказів (до найближчого пологового будинку або лікарні, де є ізоляційні відділки. Вагітні з підвищеною температурою в пологові стаціонари при лік. амбуляторних участках не приймаються їх напрямляють до найближчого пологового будинку або лікарні, де є ізолятори. У тих випадках, коли треба хору далеко везти, або є медичні

протипокази до транспортування хорої, пологи проводить персонал стаціонару в хорої вдома.

7. Пологовий стаціонар провадить свою роботу в щільному контакті й під наглядом сільської суспільности (районові комісії охматдиту, сільрада тощо).

8. Крім розгортання пологових стаціонарів при лік. амбуляторних участках, треба по околицях участку, по селах, що розташовані далі за 5 клм. від лік. амбуляторної дільниці організувати акушерські пункти. Особливо треба негайно організувати акушерські пункти по тих меддільницях, де абсолютно немає можливости одержати приміщення для пологового стаціонару.

9. У галузі пологодопомоги акушерські пункти працюють під безпосереднім керівництвом та наглядом завідувача того лікарського участку, де є пункт.

У галузі охорони материнства та дитинства — під наглядом районної або окружної консультації охматдиту.

10. У соцсекторі села, у районах суцільної колективізації, акушерські пункти треба організувати й на терені тих медучастків, де є пологові стаціонари, але скоротити радіус, що вони обслуговують до 3 кілометрів, щоб охопити пологодопомогою 100% пологів.

11. Завдання та роботи акушерського пункта такі:

1) акушерка провадить:

а) облік та патронаж вагітних так у тому селі, де вона живе, як і в найближчих селах. Вона ж наглядає породіллю в післяподоговому періоді;

б) патронаж немовлят;

в) протиабортну роботу (рекомендує протизачаткові засоби).

2) Акушерка провадить виключно нормальні пологи у хорої вдома. При всякій патології породіллю приставляють до найближчого пологового стаціонару. Якщо хору неможна возити, акушерка викликає лікаря а найближчої пологової установи або лікаря медучастку.

Щодо породіль з першими пологами, акушерка ставить собі завдання шпіталізувати таких породіль на всі 100%.

3) Акушерські пункти треба устаткувати всім потрібним для переведення нормальних пологів у хатніх обставинах.

4) Кватиря акушерки повинна мати окрему кімнату для прийому вагітних та інших жінок, що звертаються до акушерки за порадою. Цю кімнату треба облаштувати виставкою та літературою для індивідуальної та масової саносвіти, вагами для взвішування дітей тощо.

12. Організація та утримання пологових стаціонарів та акушерських пунктів провадиться коштів місцевого бюджету та фонду меддопомоги застрахованим (для робітничих селищ та радгоспів).

У соцсекторі, у колективах, крім коштів місцевого бюджету, треба притягти кошти, що їх відраховують комуни та артілі до страхового та лікувального фондів (за їхнім статутом) та фонд допомоги матері-селянці.

Заст. Наркомздоров'я — Зав. охматдиту *Кустелян*

Зав. орг. інстр. відд. *Кушнір*

Зразок обладнання та примірна калькуляція для пологового стаціонару на 5 ліжок при лікарсько-амбуляторному участку

1. 5 ліжок на сітках.
2. 5 матраців з морської трави.
3. 5 міжліжкових століків.
4. 5 дитячих ліжок.

5. 6 табуреток.
6. 6 ослінчиків для суден.
7. 6 суден емальован. з кришками.
8. 8 подушок.
9. 8 укривал.
10. 25 простирал.
11. 20 пошивок.
12. 15 підукривалів.
13. 25 півпростирал.
14. 60 пелюшок.
15. 8 дитячих укривал.
16. 10 халатів для персоналу,
17. 20 жіночих сорочок.
18. 20 хустинок.
19. 8 халатів теплих для хворих.
20. 30 розпашонок для немовлят.
21. 7 п. туфель для хворих та 5 пар для персоналу.
22. 30 шт. утиральників для хворих, персоналу та кухні.
23. Посуд різний (столовий та для кухні).
24. Виварки та інше обладнення пральні.
25. Пологове ліжко (дерев'яне по Рахманову).
26. 2 емальован. миски (великі) та 1 емальоване відро.
27. Біксів — 2.
28. Стерилізатор для перев'язочного матеріялу та білизни.
29. Струментарій:
 6 зажимів...
 1 пупочні ножниці.
 1 пипетка шкляна.
 1 голкодержак.
 12 шт. гінекологічних голок,
 1 шприц 2,0 Рекорд,
 1 набір розширителів,
 4 шт. кюреток,
 2 анатомічних пінцети довгих,
 2 кугельцанги,
 1 абортцанг,
 1 набір дзеркал Симона з під'йомником.
 2-3 метрейринтери гумові,
 1 акушерські щипці,
 Тазомір.
30. 15 метрів підкладної церати.

(*Приблизна вартість цього обладнання одна тисяча крб.*)

129. ПРО ПЕРЕДАЧУ ДІТЕЙ СТАРШЕ 4 РОКІВ ДО УСТАНОВ НКО

(*Окремо не надсилалося*).

До всіх окрінспектур Наросвіти, до всіх окрінспектур Охорони Здоров'я та Окр. Правлінь ДД.

Для врегулювання справи патронування безпритульних дітей, що досягли дворічного віку і були у віданні органів НКОЗ, Наркомос та Наркомздоров'я встановлюють надалі такий порядок:

1. Передача до відання органів Наросвіти патронованих дітей старших за 4 роки, що є у віданні органів НКОЗ, переводиться один раз на рік, в жовтні місяці, після затвердження округового бюджету;

2. Передача до відання органів цих патронованих дітей не веде за собою зміни патронів: діти залишаються в тих самих патронів, у яких вони й були, але угоду з патронами складають НКО;

3. В разі відмовлення патронів на поновлення угод, органи НКО мусять підшукати нових патронів;

4. Органи НКОЗ повинні зберегти в селах, де патроновано цих дітей за свої кошти весь медперсонал, що обслуговував цих дітей і ні в якому разі не припускати зменшення медичного догляду їх.

5. Догляд цих патронованих дітей покладається на органи НКО, а перевірка на ДЕІ і осередків ДД.

Заст. Наркома Освіти *Полоцький.*

Заст. НКОЗ *Кустелян.*

Голова ЦП ДД *Незовибатько.*

(Об. розп. НКОЗ'у та НКО з 19 травня 1930 р. Ч. 35/3).

130. ПРО ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПЛАТНОГО ВІДПУСКУ БАКПРЕПАРАТІВ.

До всіх окрздоровінспектур, до Зінов'ївського та Винницького окрплянів. Копія до НКОЗ АМСРР.

З майбутного господарчого року Наркомздоров'я передбачає запровести платний відпуск бакінститутами частини бакпрепаратів: Зокрема, намічено встановити плату за всі, без винятку сироватки й за деякі вакцини (ентеровакцини, стафілококову, стрептококову й гонококову вакцини), а також за пакування та пересилку бакпрепаратів.

Отже, треба складаючи кошториси на 1930-31 рік, передбачити потрібні кошти на придбання бакпрепаратів і внести їх до бюджету.

Складаючи заявки на грошові асигнування, належить орієнтовно керуватися розцінками бакпрепаратів, що їх оголошено в № 5 Бюлетеня НКОЗ за 1928 рік.

Наркомздоров'я *Канторович*

Зав. сан. епід. відділу *Марзеєв*

131. ПРО ДОГЛЯД САНІТАРНОГО СТАНУ РАДЯНСЬКИХ УСТАНОВ.

До всіх окрздоровінспектур. Копія до НКОЗ АМСРР.

Наркомздоров'я зазначає, що приміщення більшости радянських установ, де перебуває велика кількість людности, утримуються дуже кепське з санітарного боку.

Було-б природньо, щоб радянські установи стали за зразок щодо культурного держання їх, сприяючи цим охороні здоров'я тих, що працюють по установах і відвідують їх і одночасно виховуючи своїм прикладом більшу санітарну усвідомленість і самодисципліну людности.

Але треба констатувати, що в дійсності й навпаки всім своїм виглядом вони дуже часто свідчать про зовсім неуважне ставлення до належного санітарного утримання їх, що, особливо враховуючи епідемічність країни, є абсолютно неприпустиме явище.

Зважаючи на вищенаведене, Наркомздоров'я пропонує терміново перевірити санітарний стан найзначніших і великих установ окрміста й дати розпорядження про обслідування по районах приміщень РВК'ів, пос. і сільрад, кооперативних об'єднань тощо.

Переводячи обслідування, звернути особливу увагу на те, щоб:

1. Належним чином утримувалися в саніт. розумінні садиби, на терені яких містяться установи.

2. Старанно й своєчасно прибирали щодня всі робочі приміщення, коридори, вестибюлі, роздягальні, убиральні тощо (усунути сміття, порох, мити підлоги тощо).

3. Обов'язково вентилювати всі приміщення, особливо робочі кімнати, коридори, убиральні.

4. Було організовано постачання здорової питтєвої води через влаштування фонтанчиків для пиття, установку баків у відповідних приміщеннях тощо.

5. Наявність в приміщеннях і належне утримання плювачок тощо.

Підчас обслідування встановити осіб, що за своїм службовим станом відповідають за санітарне утримання установи (коменданти, завгоспи та інш.), адресуючи до них персонально вимоги санітарного догляду та призначаючи термін для усунення всіх санітарних дефектів.

Якщо сандогляд встановить великі санітарні порушенння й взагалі неуважне ставлення до санітарного стану установи та невиконання вимог сандогляду, НКОЗУ пропонує негайно притягти особу, що стоїть на чолі установи, до адміністративної або судової відповідальности.

Наркомздовов'я *Канторович.*

Зав. сан. епід. від. *Марзеев.*

(Об. розпор. НКОЗ ч. 27 з 24 квітня 1930 р.).

Затверджено:
Наркомздоров'я Канторович.

132. РЕЗОЛЮЦІЯ

Бюра Саносу НКОЗУ на доповідь зав. будинку саносвіти Сумської окрздоровінспектури тов. Дупленко про стан саносвітньої та антиалькогольної роботи в Сумській окрузі.

Заслухавши доповідь тов. Дупленка, Бюро Саносвіти НКОЗУ констатує:

1. Напрямок саносвітньої роботи за останній час правильний.

2. Вважати за правильну ідею організації музея-виставки за принципом пропонованим тов. Дупленком під керуючим лозунгом: „За здорову працю та побут" з розподілом по відділах: 1) міста, 2) села; далі, кожний з цих відділів розподіляється на підвідділи: 1) праця та здоров'я, 2) побут та здоров'я, 3) здорова зміна. Цей принцип організації музею рекомендується і іншим округам. Крім того, влаштовується відділ військово-санітарний.

3. Відмітити неприпустимо малі асиґнування на саносвітроботу, запропонувати Сумській ОЗІ затвердити кошторис Саносу б. р. з розрахунком не менш 1% загального бюджету ОЗІ.

4. Визнати, що БСО в Сумах нема й запропонувати наявні дві комнати С/О рахувати за с/осв. виставку.

Зауважити Сумській ОЗІ неправильні відомості щодо кількости райсаносвітбаз, які подала у свій час ОЗІ до НКОЗУ.

5. Не дивлячись на дотації НКОЗУ Сумській ОЗІ на роботу живгазети, живгазета цієї роботи не провадить, що зауважити ОЗІ.

6. Для організації райсаносвітбаз — ОЗІ поставити питання перед Райвиконкомом про вилучення для розгорнення Рай БСО відповідного помешкання.

7. Домагатися у колгоспспілці асигнувань у розмірі 50% вартости саносвітбаз.

8. Розгорнути роботу по організації Т-ва громадського харчування.

9. Підсилити участь БСО в керівництві роботою бриґад лікарів на селі.

10. Утворити бібліотечки для обслуговування колгоспів.

Затверджено:
Наркомздоров'я Канторович.

133. РЕЗОЛЮЦІЯ

Бюра Саносу НКОЗУ на доповідь зав. будинку Саносвіти м. Бердичева тов. Тойбіса про стан саносвітроботи в Бердичевській окрузі.

Заслухавши доповідь тов. Тойбіса, Бюро саносу НКОЗУ констатує, що Бердичевська Саносвіта взяла правлиьний напрямок в роботі. Зокрема правильно використані; такі методи санос роботи, як от: а) курси першої допомоги в колгоспах; б) санкультківо в) пересувні сел. бібліотеки; г) стандартні матеріяли для стінгазет; д) саносвітня робота через пошту; сан. курси для партактиву тощо.

Щоб зміцнити саносвітроботу у Бердичівській окрузі, Бюро саносу НКОЗУ пропонує:

1. Збільшити асиґнування на саносвіту з тим, щоб асиґнування на саносвіту були б цього року не менш 1% загального бюджету ОЗІ по всіх джерелах фінансування.

2. Почати організацію окр. будинку саносвіти, гігієнічної консультації та постійної пересувної виставки, для чого ОЗІ вилучити окремі кошти й притягти кошти інших організацій.

3. Збільшити штат будинку саносвіти ще на одного лікаря.

4. Звернути увагу на кволість антиалькогольної роботи.

Перевести реєстрацію членської маси. Роботу Т-ва провадити під гаслом виконання промфінпляну та колективізації. Звернути окрему увагу на переведення роботи в цукроварнях.

5. Посилити увагу на обслуговування нацменшостей.

6. Збільшити передплату на журнал „Шлях до здоров'я".
7. Утворити гурток сількорів до журналів „Шлях до здоров'я", „Гезунт ун арбейт", „Здорове харчування".
8. Порушити питання перед ОРПС про введення по клюбах клюбно-санітарних лікарів.
9, Беручи до уваги те, що Бердичівський колгоспсоюз асиґнував 50% вартости 6 райсаносвітбаз, Бюро саносу вилучити відповідну дотацію на організацію в Бердичівській окрузі шости Райсаносвітбаз.

Бази утворити, по можливості в місцях, де є машино-тракторні станції, насамперед в районах суцільної колективізації.

10. Бюру Саносу дати вказівки через Вукопспілку кооперативним організаціям про асиґнування останніми коштів на саносвітроботу серед кооперованого населення.

Затверджено:
Наркомздоров'я Канторович.

134. РЕЗОЛЮЦІЯ

Бюра Саносу НКОЗУ на доповідь зав. буд. Саносвіти Тульчинської округи тов. Ривкіса про саносвітроботу в Тульчинській окрузі.

Заслухавши доповідь тов. Ривкіса про стан саносвітроботи в Тульчинській окрузі, Бюро Саносвіти НКОЗУ вважає переведену роботу за задовільну. Але разом із цим Саносвітбюро дає деякі зауваження щодо поліпшення саносвітроботи взагалі, а саме:

1, Звернутись Бюру Саносу НКОЗУ до Укрколгоспцентру про те, що місцеві колгоспспілки, зокрема в Тульчині, не вилучають відповідних коштів на переведення саносвітроботи по колгоспах, не дивлячись на своєчасні директиви Укрколгоспцентру.
2. Пожвавити роботу, щодо організації курсів першої допомоги по колгоспах та радгоспах.
3. Вважати за потрібне утворити в м. Гайсині районовий будинок Саносвіти з самостійним окремим помешканням.
4. Підтримуючи організацію райсаносвітбаз в Тульчинській окрузі, Бюро Саносу НКОЗУ взяти на себе матеріяльну участь в їх організації в розмірі 50% вартости, але примусові, що Райвиконкоми забезпечать Бази відповідними приміщеннями й надалі включать їх на утримання місцевого бюджету,
5. Утворити гігієнічну консультацію з самостійним бюджетом.
6. Пожвавити роботу протиалькогольного Т-ва.
7. Утворити Т-во раціонального харчування.
8. Вжити заходів щодо більшого розповсюдження журналів „Шлях до здоров'я" та „Гезунт ун Арбейт".

Затверджую: Полоцький
25/III 1930 р.

135. ПОСТАНОВА

Колегії Наркомосвіти про зв'язок Наркомздоров'я по лінії санітарної освіти від 1 лютого 1930 р.

1. **По лінії соцвиху** — визнати за потрібне ввести в VI та VII групах концентру труд. школи матеріяли з соціяльної гігієни.
2. Вважати за потрібне доручити викладення гігієни в старшому концентрі семирічних шкіл фахівцям лікарям-гігієністам (шкільно-санітарним, саносвітникам).
3. Включити до програмів ВЗІНО та до всіх програмів на курсах підготовки та підвищення кваліфікації вчителів курс гігієни з санітарною педагогікою.
4. Визнати за потрібне, щоби в кожній книгозбірні був відділ з саносвіти.
5. Визнати за потрібне видати інструкцію, що визначала б правне становище лікарів в установах соцвиху та реґулювала б взаємини між органами НКОЗ та органами НКО.
6. **По лінії профосвіти** — визнати за потрібне, аби в усіх профшколах та школах ФЗУ було б відведено на викладання професійної гігієни не менше 45 годин протягом року з тим, щоб це викладання мало-б соціяльно-гігієнічний напрям.
7, Констатувати, що справа санітарно-педагогічної підготовки вчительства, ще й досі не є на потрібній височині. Доручити профосвіті прослідкувати, як здійснюється по

ІНО та педтехнікумах директиви НКО з приводу викладанни гігієни з санітарною педагогікою (години, приміщення, лябораторії, кошти).

8. В зв'язку з реформою з реформою педосвіти звернути особливу увагу на викладання гігієни з санітарною педагогікою в інститутах соціяльного виховання. На педолого-педагогічному факультеті ця дисципліна мусить бути основною з відповідною диференціяцією курсу, достатньою кількістю теоретичних і практичних годин та зі забезпеченням ляборатрно-кабінетним статкуванням.

9. Вважати за потрібне ввести в інституті політосвіти викладання курсу соціяльної гігієни з санітарною педагогікою.

10. Доручити ДНМК проробити програми викладання гігієни в ВИШ'ах і в першу чергу індустріяльно-технічних, сільсько-господарчих та інгоспах.

11. Доручити інспектурі медосвіти остаточно розв'язати питання про обов'язкове викладання санітарної педагогіки в усіх медінститутах та медпрофшколах, особливу увагу на достатню й всебічну санітарно-педагогічну підготовку лікарів на санітарно-гігієнічному факультеті.

12. Для підготовки лікарів-педагогів, а саме — лікарів саносвіти, лікарів фізкультури і т. інш. вважати за потрібне з наступного учбового року організувати при Харківському медінституті Санітарно-Педагогічний відділ.

13. **По лінії політосвіти** — дати директиву по лінії політосвіти та Окрнаросвіти про здійснення заходів щодо широкого розгорнення масової саносвіти по сельбудах, хатах-читальнях, бібліотеках тощо, виділяючи на це потрібні кошти та утворюючи саноссвітбази.

14. Вважати за потрібне втілити саносвітроботу во всю масову роботу політосвітустанов через утворення освітвиставок, „кутків" санкінофільм і т. інш.

15. Вважати за потрібне, аби було введенно до програмів курсів, що організуються для активу колгоспів, радгоспів та комун програми з гігієни.

16. Ввести викладання соціяльної гігієни в радпартшколах, робітничих университетах, вечірніх школах для дорослих, лікнепу і т. інш.

17. Для поширення та зміцнення саносвіти серед широких трудящих мас-всі ммсові бібліотеки повинні включити в пляни постачання бібліотек також поповнення і відділу саносвіти, популяризувати цю літературу через організації виставок, складання рекомендаційних списків та вміщення їх у місцевій пресі, стінгазетах, а також у різних прилюдних місцях.

Колектору УПО НКО скласти рекомендаційні списки масової літератури по саносвіті та погодивши їх з відповідними органами Наркомздоров'я, розіслати по всій бібліотечній мережі.

18. **По лінії упрнауки** — відзначити, як позитивний момент, організацію при інституті педагогіки секції санітарної педагогіки та антиалькогольної підсекції, в зв'язку з чим доручити Упрнауці всіляко сприяти в справі розвитку секції санітарної педагогіки, збільшенню кадрів наукових співробітників, аспірантів та інш.

19. **По лінії загально-методичній** — визнати за потрібне, якнайскоріше видати низку підручників з гігієнічного виховання так для учнів, як і для педагогів і насамперед підручника з гігієни та санітарної педагогіки для ІНО та педтехнікумів.

20. Налагодити плянову роботу щодо складання програмів з гігієни та санітарної педагогіки для шкіл та ВИШ'ів усіх типів.

21. Доручити ВУФК'у посилити роботу щодо випусків санітарних, учбових та культурних фільм.

22. Визначити разом із Наркомздоров'я видання керівнично-педагогічного журналу з питань гігієнічного виховання та санітарної освіти і взагалі усієї санітарно-педагогічної роботи для вчителів, політосвітробітників та медробітників.

23 Для постійної участи Наркомздоров'я в програмово-методичній роботі по лінії усієї санітарно-педагогічної роботи, розробці учбових плянів і т. інш. вважати за потрібне ввести представника Наркомздоров'я до Держнаукметодкому.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ВІДДІЛІВ

1. Про мережу середньо-медичних шкіл на Україні.

Колегія затвердила проєкт мережі середньо-медичних шкіл на 1930-31 рік. Вирішено, що школи, які готуватимуть персонал для єдиного диспансеру, а також акушерські школи утримуватимуться коштом місцевих бюджетів. Щождо санітарно-профілактичних шкіл, Винницьку зубтехшколу та школи ОХМД, — такі утримуватиме держбюджет.

Мережу шкіл передбачено таку:

ОКРУГИ:	Шкіл персоналу єдин дисп.		Акуш. шкіл.		Сан.-проф. шкіл	
	Є тепер	Буде відкрито	Є тепер	Буде відкрито	Є тепер	Буде відкрито
1. Артемівська	—	1	1	—	—	—
2. Луганська	1	—	1	—	—	1
3. Сталінська	—	1	—	1	—	—
4. Волинська	1	—	1	—	—	1
5. Глухівська	—	1	—	—	—	—
6. Конотопська	—	—	—	—	—	—
7. Коростенська	—	1	—	—	—	—
8. Чернігівська	1	—	1	—	—	—
9. Бердичівська	—	—	—	1	—	—
10. Білоцерківська	—	1	—	—	—	—
11. Винницька	1	—	1	—	—	—
12. Уманська	1	—	—	1	—	—
13. Кам'янецька	—	1	—	1	—	—
14. Київська	1	—	1	1	—	1
15. Могилівська	—	—	—	—	—	—
16. Проскурівська	—	1	—	—	—	—
17. Тульчинська	1	—	—	—	—	—
18. Шевченківська	—	1	—	—	—	—
19. Шепетівська	—	—	—	—	—	—
20. Ізюмська	—	1	—	—	—	—
21. Кремінчуцька	1	—	—	1	—	—
22. Куп'янська	—	—	—	—	—	—
23. Лубенська	—	1	—	—	—	—
24. Ніжинська	1	—	1	—	—	—
25. Полтавська	1	—	1	—	—	1
26. Прилуцька	—	—	1	—	—	—
27. Роменська	1	1	—	—	—	—
28. Сумська	—	—	—	1	—	—
29. Харківська	2	—	2	—	—	1
30. Зінов'ївська	1	1	1	—	—	—
31. Маріупільська	—	1	—	—	—	—
32. Мелітопільська	1	1	—	—	—	—
33. Миколаївська	—	—	—	1	—	—
34. Одеська	1	—	1	1	1	—
35. Першомайська	1	—	—	—	—	—
36. Старобільська	—	—	—	—	—	—
37. Херсонська	1	—	1	—	—	—
38. АМСРР	—	—	—	1	—	—
39. Дніпропетр.	1	—	1	1	—	1
40. Запорізька	1	—	—	1	—	—
41. Криворізька	1	—	—	—	—	—
	21	14	15	12	1	6

Примітка: а) у Винницькій окрузі, крім зазначених, є зубтехпрофшкола, б) в Харківській окрузі є Всеукр. школа охматдиту, в) в Одеській окрузі, крім зазначених, є школа охматдиту.

2. ПРО СИСТЕМУ ДАЛЬШОГО НАВЧАННЯ В МЕДІНСТИТУТАХ УСРР

На інформацію про наслідки наради ректорів медінститутів колегія ухвалила таке:

1. Медінститути України повинні мати 4 факультети: а) лікувально-профілактичний, б) санітарно-гігієнічний; в) охматдиту і г) стоматологічний.

2. Лікувально - профілактичний факультет підготуватиме тільки лікарів - профілактиків (без будьяких фахових ухилів). Про певну диференціяцію підчас виробничої практики питання буде вирішено окремо.

3. Санітарно-гігієнічний факультет підготуватиме санітарних лікарів загального фаху, а також знавців на житловій санітарії, харчовій, епідеміологів, санітарно-промислових лікарів, саносвіт. лікарів та інш. Оцих фахів студенти набуватимуть, починаючи з передостаннього семестру (орієнтовно).

4. Факультет охматдиту має підготовляти майбутніх спеціялістів охорони материнства й дитинства, ОЗД та ОЗДП.

5. Термін навчання встановлено такий: санітарно-гігієнічний і стоматологічний факультети—4 роки, решта факультетів—$4^1|_2$ роки.

Колегія визнала за потрібне вже поточного року зробити на п'ятому курсі відповідну фуркацію, розподіливши студентів цього курсу на відповідні відділки. Тимчасово керівництво справи медосвіти покладено на Члена Колегії т. Хармандар'яна Г. І.

3. ПРО СТАН НАРОДНЬОГО ХАРЧУВАННЯ ТА РОЛЮ В НЬОМУ ОРГАНІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На доповідь лікаря Марзеєва, колегія НКОЗУ ухвалила ряд принципових і практичних пропозицій, з яких наводимо тут найголовніші:

1. Постанову РНК щодо участи НКОЗ у справі громадського харчування взяти до виконання.

2. За наукову базу для обґрунтування питань харчування мусить правити Всеукраїнський інститут Народнього Харчування, до організації якого приступити терміновим порядком (на директора нового інституту запрошується академіка Паладіна).

3. Сан. епідвідділові доручено опрацювати плян організації сан. харчової справи в республіці з тим, щоб у пляні передбачено було, яких заходів повинні вжити місцеві ОВК'и, ради, робкооперація, Укрнархарч тощо.

4. Окрему увагу приділяється справі дитячого харчування; практичні заходи до організації цієї справи передбачити за пляном нового інституту.

5. Мережу дієтетичних диспансерів затверджено в такому вигляді: у Харкові—3, Одесі - 1, Києві—2, Миколаєві—1, Маріуполі—1, Запоріжжі—1, на Дніпрельстані—1; в округах: Сталінській—3, Луганській—3, Артемівській—3, Дніпропетрівській—1, Криворізькій—1, на Тракторобуді—1.

6. Кількість лікарів дієтетиків наступного року довести до 80, сан. харчлікарів—до 150, дієтсестер—до 100.

7. Секторові медосвіти покладено за обов'язок в учбових плянах передбачити викладання в. Мед. ВИШ'ах дисциплін з питань народнього харчування*).

4. ПРО ВИГОТОВЛЕННЯ ІНСУЛІНУ ТА ПОСТАЧАННЯ НИМ ХВОРИХ

Колегія, обговоривши питання виготовлення інсуліну (засобу проти діябету), констатувала, що Органо-Терапевтичний інститут виготовляє цього препарату недосить.

Отже, щоб посилити можливість інституту виготовлювати інсулін, із імпортового контингенту поточного кварталу інститутові надається 3000 крб., на які буде придбано потрібну апаратуру. Усю продукцію інсуліну Органо-Терапевтичний інститут має розподіляти за порядком, що встановить лік. проф. відділ НКОЗ.

Зважаючи на гострий брак сировини, що потрібна на виготовлення інсуліну, НКОЗ порушує питання перед Укрдержторгом і трестом Укрм'ясо про належне постачання інституту підшлунковими залозами, а також про те, щоб було усунено ті перебої, що спостерігаються тепер.

Органо-Терапевтичному інституту колегія запропонувала терміново влаштувати кролятник не менш як, на 1000 трусиків, щоби цілком забезпечити потреби інституту. До організації останнього запропоновано Санітарно-Бактеріологічному інститутові постачати за плату трусиків з тим, щоб це не пошкодило поточній роботі.

Далі колегія визнала за потрібне асигнувати потрібну суму на придбання закордонного інсуліну, щоб до організації власного виробу не переривати постачання хворих інсуліном.

*) Постанови спец. наради, що відбулася в цій справі, буде надруковано в наступному ч. бюлетеня.

5. ПРО ДРУКУВАННЯ ТА НАДСИЛКУ ОБІЖНИХ РОЗПОРЯДЖЕНЬ, ЩО ЇХ ОПРАЦЬОВУЮТЬ ВІДДІЛИ НКОЗУ

З наказу Колегії вжито заходів, щоб надалі запобігти зайвому надсиланню обіжників на місця та щоб уникнути паралелізму. Отже, в бюлетені віддаватиметься більше місця обіжним розпорядженням НКЗдоров'я, що окремо місцям не надсилалися. Надзвичайно термінові вказівки та листування надсилатимуться окремо.

Водночас запропоновано категорично всім відділам давати відповіді на всі запитання негайно.

6. ПРО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЖИТЛОМ МЕДПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРАЦЮЄ НА ВИРОБНИЧИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Ще 3 квітня ц. р. НКОЗ зняв перед ВРНГ та найбільшими господ. об'єднаннями, як Союзвугілля, Шкло-Трест та інш. про дорівнення медперсоналу, що працює по підприємствах, до техперсоналу в справі забезпечення житлом.

Отже тепер НКОЗ дістав відповіді від ВРНГ, Укрхемтресту та інш., що ними запропоновано всім заводам надавати медперсоналові житла нарівні з технічним персоналом.

(Лист НКОЗ ч. 7-І з 3-IV 1930 р.; лист ВРНГ № 424-641 з 19 квітня 1930 р.)

IV. ОБ'ЯВИ ТА РІЗНІ ІНФОРМАЦІЇ

1. Про порядок реалізації медикаментів та медичних струментів, що не підлягають продажу з прилюдних торгів

(Обіжник НКЮ з 18-IV-30 р. — 1195/II)

В пояснення постанови своєї 15 грудня 1929 р. „про встановлення списку товарів, що їх на підставі арт. 366 ЦПК УСРР 1929 р. не можна продавати з прилюдних торгів, а слід продавати державним торговим підприємствам організаціям за встановленими цінами" (З. уз. УСРР 1929 р. відд. II. № 1 арт. 8) Наркомторг УСРР повідомляє:

Зазначені в цій постанові такі товари: медикаменти всякі (п. 25) та хірургічні, та зуболікарні інструменти, та матеріяли (п. 65) підлягають передачі за встановленими цінами округовим аптекоуправлінням. Що до хемічної промисловости (п. 64), то з цієї групи належить передавати окраптекоуправлінням ті предмети, що входять до іншої номенклатури.

Цей обіжник адресовано: До всіх окрторгів, До Наркомторгу АМСРР, До райторгів Зінов'ївської та Вінницької округи.

ПРО ВІДНЕСЕННЯ ОДОНТОЛОГІВ І ЗУБЛІКАРІВ ДО ЛІКАРСЬКОЇ ГРУПИ

За змістом постанови РНК УСРР з 17 квітня 1924. „Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу" (Зб. Уз. УСРР 1924 р. № 10, арт. 94), лікарів одонтологів та зубних лікарів треба віднести до лікарської групи.

Разом із цим треба зазначити, що в штатах сільських медично-санітарних установах передбачається посаду зубного лікаря.

На підставі вищенаведеного, а також маючи на увазі, що згадану постанову РНК з 19 травня 1925 р. видано, щоб правильно використати лікарський персонал й вкомплектувати ним сільські медично-санітарні установи, слід визнати, що ця постанова поширюється й на зубних лікарів.

(Лист НКЮ ч. 106—85 з 18 січня 1930 р.)

Лікарі самозванці та злочинці

1. Лікар Петров Борис Миколаєвич, що прослужив $2^1/_2$ місяці в Ташкупрюцькій амбуляторії Зарявшанської окр. (Уз. СРР), зник, не повернувши здоровввідділові проїзних грошей 335 крб. 38 коп.

2. Гр. Галустяна, що обіймав посаду лікаря-інструктора, НКОЗ Узбекистану виключив із списків Наркомздоров'я на підставі безперечних даних про те, що згаданий громадянин не має звання лікаря.

3. Санлікпом Колкер Олена Петровна, що працювала на Грицівській сандільниці (Шепетівщина), зникла, забравши з каси Р. З. І. 69 карб. 50 коп.

Згадані установи просять всіх осіб та установи, до яких звернуться зазпачені тут особи, вжити заходів до притягнення злочинців до суду.

Виправлення друк. помилки

У бюлетені НКОЗ № 9 на стор. 166, рядок 10 знизу перепущено цифру 3%.

Отже пункт 1 про інтернатуру треба читати так:

ОЗУ та МСУ повинні мати інтернів з різних фахівців із розрахунку **не менше 3%** загальної кількости лікарів даної округи або залізниці.

Відповідальний редактор *С. І. Канторовіч.*

„Укрполіграфоб'єднання" Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 1397. Прим. 2.800.

V. Інфекційні захворування по округах УСРР за березень 1930 р.

Округи	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Оponиця мізк.-стр. пош Mening. cereb.-spin. epid	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	822 405	30	7	2	1	5	322	—	1 299	329	213	62	3 466	16	—	4	—	4	—	—	449	157	179	57	61	21	237	—	234	293
2. Бердичівська	761 175	114	5	39	—	16	4	—	980	258	88	89	2 114	12	4	32	—	1	—	—	707	284	129	5	6	2	60	4	64	323
3. Білоцерківська	886 087	80	8	40	—	5	20	—	1 200	191	135	85	1 532	13	—	29	—	2	—	6	752	193	97	6	27	8	49	2	153	209
4. Вінницька	795 629	73	1	40	—	12	15	—	277	224	108	62	1 231	14	—	9	—	—	—	1	609	129	78	8	40	1	72	1	80	262
5. Волинська	722 289	77	2	24	—	24	1	—	687	583	73	47	1 249	4	—	3	—	—	—	—	451	59	80	2	32	—	67	—	38	647
6. Глухівська	566 111	10	—	21	—	3	130	—	443	79	105	30	965	7	2	6	—	1	—	—	538	96	85	2	15	—	64	1	73	637
7. Гуманська	920 462	98	1	35	—	—	37	—	939	232	75	96	1 706	10	3	6	—	5	—	—	714	144	189	1	11	1	78	3	118	204
8. Дніпропетровська	1 387 606	124	22	31	—	54	954	—	1 104	665	229	135	7 040	33	5	10	—	4	—	3	1 325	566	225	33	43	29	289	—	669	840
9. Запорізька	573 883	18	2	7	—	8	323	1	636	98	198	10	1 358	6	2	13	—	1	—	—	350	22	86	7	13	4	81	—	159	167
9а. Дніпрельстан		1	—	—	—	—	53	—	110	14	23	2	824	—	1	3	—	—	—	—	89	9	18	—	1	1	52	—	15	37
10. Зінов'ївська	802 244	58	3	6	—	21	184	—	531	213	108	37	1 099	7	3	11	—	5	—	3	829	126	267	5	23	8	125	2	267	391
11. Ізюмська	394 951	49	—	10	—	6	462	—	585	155	217	23	1 145	6	—	3	—	—	—	1	314	73	135	10	4	—	81	2	209	948
12. Кам'янецька	549 209	[illegible]	—	6	—	2	—	—	160	123	4	33	808	2	—	4	—	—	—	—	280	208	66	8	10	—	54	—	21	163
13. Київська	1 693 547	61	7	30	—	4	87	—	1 571	340	365	151	5 688	9	2	21	—	1	—	—	2 888	1 243	454	37	134	39	350	6	356	1 004
14. Конотіпська	673 800	28	—	21	—	1	71	—	672	133	128	36	1 698	5	2	6	—	2	—	1	793	247	64	11	20	1	45	—	71	552
15. Коростенська	543 248	35	1	13	—	4	3	—	64	153	104	40	978	—	—	7	—	—	—	—	466	67	60	8	9	—	54	—	20	650
16. Кременчуцька	812 516	25	8	21	—	4	269	—	513	180	80	60	814	6	2	8	—	1	—	—	647	162	157	7	18	6	125	1	111	275
17. Криворізька	601 611	44	3	2	—	33	766	—	647	156	207	34	2 080	21	—	17	—	3	—	1	546	88	122	14	74	1	128	1	411	392
18. Куп'янська	445 864	37	6	10	—	9	145	—	131	113	172	64	976	8	—	1	—	3	—	—	276	65	73	—	30	4	53	—	156	696
19. Лубенська	580 837	2	1	42	—	4	52	—	607	26	45	12	974	—	1	11	—	5	—	—	416	124	53	1	2	—	34	—	49	166
20. Луганська	671 206	69	5	4	—	12	455	—	646	259	245	17	3 353	18	—	6	—	2	—	—	712	60	276	27	41	5	337	—	252	308
21. Маріупільська	449 007	21	1	3	—	2	220	—	508	286	450	35	1 189	15	—	2	—	4	—	—	534	165	79	8	36	7	110	—	319	351
22. Мелітопільська	775 229	48	8	34	—	46	758	—	914	267	124	87	1 385	9	1	14	—	13	—	1	794	100	81	13	10	—	133	—	504	768
23. Миколаївська	520 738	37	4	6	—	5	113	—	555	117	210	26	1 509	7	—	4	—	6	—	—	535	265	145	6	18	18	117	2	143	338
24. Могилівська	531 748	22	1	18	—	26	55	—	105	122	94	60	1 253	19	—	2	—	5	—	—	324	118	143	2	11	—	46	3	25	172
25. Ніженська	483 617	13	11	13	—	—	87	—	396	73	78	22	1 437	1	1	4	—	3	—	1	683	145	46	4	18	—	30	1	68	346
26. Одеська	948 123	62	3	40	—	10	148	—	1 079	209	176	111	1 544	7	1	15	—	6	1	—	1 530	383	613	39	14	69	404	5	243	549
27. Першомайська	686 416	72	11	7	—	19	63	—	340	243	36	61	966	11	3	57	1	11	—	—	443	135	99	5	22	3	55	1	168	170
28. Полтавська	1 121 502	43	3	37	1	—	393	1	1 082	207	107	73	2 430	7	—	13	—	2	—	—	1 102	355	128	2	13	2	164	1	206	717
29. Прилуцька	522 795	18	1	1	—	6	40	—	160	59	18	13	601	5	1	4	—	2	—	1	528	62	77	6	5	—	49	—	96	102
30. Проскурівська	587 051	26	—	32	—	2	6	—	150	133	48	35	510	2	2	7	—	—	—	2	165	79	48	2	8	2	52	—	341	187
31. Роменська	547 033	9	1	38	—	2	89	—	603	51	75	47	1 415	9	1	5	—	1	—	—	418	90	69	2	27	6	47	—	138	266
32. Сталінська	750 857	66	6	13	—	14	406	1	834	199	240	39	4 008	19	—	4	—	7	—	—	792	285	210	6	10	11	211	1	291	369
33. Старобільська	500 872	22	1	1	—	4	244	—	251	46	99	1	552	3	—	1		3	1	1	271	91	87	2	18	—	110	—	126	787
34. Сумська	734 236	17	2	50	—	7	92	—	1 258	421	168	67	2 216	5	—	1	—	2	—	—	1 223	213	74	3	5	—	83	1	296	535
35. Тульчинська	723 460	25	—	33	—	1	19	—	164	178	63	39	1 241	4	—	20	—	5	—	—	446	142	233	18	20	3	78	1	65	226
36. Харківська	1 671 018	111	21	51	—	35	607	—	2 828	812	389	156	4 916	46	2	31	—	7	—	—	1 802	481	622	83	135	9	293	—	1 058	2 404
37. Херсонська	606 596	54	4	27	—	54	982	—	1 907	273	130	47	1 576	19	8	11	—	7	—	1	825	231	127	10	34	3	160	2	281	418
38. Чернігівська	544 697	29	—	37	—	1	42	—	562	67	50	50	676	2	3	13	—	2	1	—	437	123	71	—	5	—	66	—	53	470
39. Шевченківська	1 176 529	69	7	41	—	8	85	—	1 500	117	174	48	1 356	9	—	9	—	1	—	1	1 124	285	188	8	12	—	134	5	187	496
40. Шепетівська	684 143	69	2	26	1	9	6	—	303	60	22	35	1 384	4	1	7	—	3	—	2	526	85	121	13	19	2	53	—	36	378
41. АМСРР	593 200	56	4	28	—	18	154	—	545	118	319	49	1 720	31	—	54	—	10	3	2	651	105	210	10	24	8	156	3	72	303
Разом	**30 363 547**	**2 015**	**173**	**943**	**3**	**496**	**8 962**	**3**	**29 841**	**8 582**	**5 992**	**2 229**	**74 982**	**431**	**51**	**488**	**1**	**140**	**6**	**28**	**29307**	**8 060**	**6 359**	**491**	**1 078**	**274**	**4 986**	**49**	**7 932**	**19516**
Залізниці: 1. Південні	—	5	—	1	—	—	89	—	398	77	43	19	1 471	—	—	4	—	—	—	—	689	271	40	7	6	6	93	—	63	116
Залізниці: 2. Донецькі	—	7	—	—	—	—	81	—	206	65	30	4	1 215	1	—	—	—	—	—	—	250	20	63	16	22	11	83	—	39	60
Залізниці: 3. Південно-Західні	—	12	3	2	—	2	34	—	472	87	93	49	2 856	—	—	—	—	1	—	—	391	58	206	14	16	22	115	—	26	124
Залізниці: 4. Катеринівські	—	9	2	—	—	—	131	—	185	59	50	14	1 801	—	—	1	—	—	—	1	108	20	39	1	20	4	65	—	26	110
Разом	—	33	5	3	—	2	335	—	1 261	288	216	86	7 343	1	—	5	—	1	—	1	1 438	369	348	38	64	43	356	—	154	410
Всього по УСРР за березень 1930 р.	—	2 048	178	946	3	498	9 297	3	31 102	8 870	6 208	2 315	82 325	432	51	493	1	141	6	29	30745	8 129	6 707	529	1 142	317	5 342	49	8 086	19926
Всього по УСРР за лютий 1930 р.	30 363 547	2 368	180	976	13	422	5 794	1	28 655	8108	4 945	2 249	73 293	412	31	219	2	128	6	18	28709	8 326	5 690	243	937	317	4 739	51	6 314	18647
за березень 1929 р.	30 363 547	1 209	132	666	6	314	7 149	3	6 605	5884	3 385	1 357	95 069	419	46	643	3	138	—	26	31805	8 478	6 111	407	1 243	278	4 786	77	7 609	28029

Увага: 1) Зазначений в січні м-ці 1930 р. 1 випадок на проказу на Шевченківщині не ствердився. 2) В лютому м-ці 1930 р. зареєстровано 3 випадки на проказу: 1 випадок на Миколаївщині, 1 випадок на Херсонщині та 1 випадок на Катеринівській залізниці.

IV-а. Інфекційні захворування по округових містах УСРР за березень 1930 року.

Округові міста	Населення на 1-І-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthomatious	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg aic	Опониця мізк-стр. поп. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis cetor. organ	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В тому числ. Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В тому числ. Сифіліс II ст. Syphilis II rec.	М'якоць Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	41 088	—	—	—	—	—	9	—	173	28	16	2	200	—	—	—	—	—	—	—	55	12	43	9	32	8	25	—	20	9
2. Бердичів	61 734	13	1	—	—	—	—	—	253	105	1	15	762	1	—	8	—	—	—	—	89	138	47	2	1	2	20	—	19	41
3. Біла Церква	43 904	6	1	1	—	—	1	—	245	24	12	4	14	—	—	1	—	1	—	—	52	20	14	1	—	2	7	—	5	12
4. Вінниця	60 424	13	1	5	—	—	2	—	66	11	20	8	408	—	—	—	—	—	—	—	204	40	31	4	23	—	26	—	1	32
5. Глухів	17 436	—	—	—	—	—	1	—	1	4	—	4	6	—	—	—	—	—	—	—	98	7	7	—	—	—	5	—	—	1
6. Гумань	47 186	11	—	4	—	—	1	—	109	18	1	24	228	2	—	—	—	—	—	—	100	25	32	—	1	1	10	—	12	12
7. Дніпропетровське	268 138	50	5	6	—	9	332	—	243	155	60	65	4343	5	1	6	—	—	—	—	744	351	116	6	4	27	152	—	91	83
8. Житомир	84 546	15	—	2	—	—	—	—	139	55	6	8	268		—	—	—	—	—	—	52	21	10	—	2	—	19	—	2	41
9. Запоріжжя	69 166	5	2	2	—	4	113	1	221	16	51	—	767	—	—	3	—	—	—	—	147	3	36	5	1	—	61	—	54	18
10. Зінов'ївське	73 679	2	1	—	—	4	1	—	186	23	11	6	259	—	—	1	—	—	—	2	245	42	82	2	1	5	45	—	22	22
11. Ізюм	10 793	12	—	—	—	1	82	—	2	1	3		40	—	—	1	—	—	—	—	28	20	3	—	—	—	5	—	3	4
12. Кам'янець	34 011	2	—	1	—	—	—	—	124	9	—	7	107	—	—	—	—	—	—	—	51	82	16	5	2	—	22	—	7	11
13. Київ	583 334	27	5	20	—	—	8	—	1077	136	86	90	3 452	1	—	6	—	1	—	—	1 825	977	299	29	88	31	229	—	51	154
14. Конотіп	35 032	3	—	1	—	1	1	—	94	1	1	3	186	—	—	—	—	—	—	—	176	132	36	2	7	1	21	—	2	18
15. Коростень	15 508	5	—	—	—	—	—	—	23	13	12	7	41	—	—	2	—	—	—	—	48	7	6	1	—	—	9	—	2	11
16. Кременчук	61 332	1	2	6	—	—	88	—	53	56	18	12	102	—	—	5	—	—	—	—	210	103	55	3	2	2	60	—	3	24
17. Кривий-Ріг	40 647		—	—	—	21	35	—	74	25	46	3	432	1	—	2	—	—	—	—	63	10	33	5	13	1	48	—	41	9
18. Куп'янське	16 559	1	—	—	—	—	16	—	—	4	—	—	114	—	—	—	—	—	—	—	13	6	9	—	—	4	8	—	6	8
19. Лубні	22 202		1	—	—	1	7	—	172	—	1	—	39	—	—	—	—	—	—	—	67	53	8	—	—	—	9	—	7	4
20. Луганське	79 327		2	1	—	2	15	—	58	45	20	2	448	3	—	2	—	—	—	—	282	32	46	2	1	—	48	—	29	34
21. Маріупіль	46 901	7	—	1	—	—	14	—	180	39	15	5	353	—	—	2	—	—	—	—	206	81	31	7	9	6	33	—	44	37
22. Мелітопіль	28 826	2	1	3	—	2	31	—	7	12	—	4	22	—	—	2	—	—	—	—	71	20	24	7	2	—	41	—	13	23
23. Миколаїв	112 786	12	4	1	—	—	2	—	224	47	70	9	761	—	—	—	—	—	—	—	324	237	122	3	7	18	97	—	62	18
24. Могилів	24 546	2	—	—	—	—	—	—	71	3	44	1	22	—	—	—	—	—	—	—	45	6	5	2	—	—	10	—	2	31
25. Ніжень	40 972	3	7	—	—	—	3	—	20	7	6	1	243	—	—	2	—	—	—	—	236	62	5	—	—	—	5	—	—	17
26. Одеса	485 683	45	2	23	—	—	44	—	648	122	20	82	232	1	1	5	—	1	1	—	968	304	540	39	14	68	363	—	18	157
27. Першомайське	33 205	2	3	—	—	—	7	—	14	22	3	3	49	—	3	3	—	—	—	—	80	32	7	—	—	1	12	—	31	2
28. Полтава	95 978	2	—	2	—	—	15	—	91	21	1	14	234	—	—	3	—	—	—	—	305	211	36	—	—	2	37	—	9	27
29. Прилука	28 391	—	—	—	—	—	—	—	64	—	—	2	28	1	—	—	—	—	—	—	68	3	21	1	1	—	11	—	6	1
30. Проскурів	33 559	2	—	—	—	—	—	—	21	22	12	2	88	—	1	3	—	—	—	—	27	23	32	1	2	1	14	—	8	19
31. Ромен	27 247	4	1	3	—	1	29	—	151	4	4	2	319	—	—	2	—	—	—	—	76	24	20	2	5	—	18	—	17	20
32. Сталіне	145 323	21	—	—	—	—	41	—	248	53	12	6	410	1	—	1	—	2	—	—	102	50	57	3	4	6	46	—	67	12
33. Старобільське	15 337	—	—	—	—	—	23	—	—	1	—	—	44	—	—	—	—	—	—	—	34	16	3	—	2	—	5	—	2	17
34. Суми	46 645	—	—	—	—	—	6	—	86	34	22	16	349	—	—	—	—	—	—	—	454	34	9	—	1	—	24	—	6	19
35. Тульчин	18 456	—	—	—	—	—	—	—	1	12	10	3	133	1	—	—	—	—	—	—	12	5	25	2	—	—	9	—	12	5
36. Харків	432 801	22	4	1	—	—	26	—	1140	340	36	88	512	1	—	21	—	1	—	—	498	277	185	8	44	6	178	—	—	7
37. Херсон	77 279	1	1	7	—	2	127	—	37	25	2	6	288	3	3	5	—	1	—	1	298	174	81	3	13	2	80	—	91	16
38. Черкаси	48 124	3	1	—	—	—	4	—	245	9	19	1	216	—	—	2	—	—	—	—	130	65	29	—	1	—	23	—	4	9
39. Чернігів	37 822	3	—	1	—	—	—	—	33	8	32	7	18	—	—	1	—	—	—	—	104	93	59	—	—	—	54	—	—	5
40. Шепетівка	18 422	—	—	—	—	—	—	—	18	2	—	1	190	—	—	3	—	—	—	—	103	2	15	1	—		11	—	3	7
41. Тираспіль	24 871	3	—	2	—	7	8	—	10	9	79	—	164	—	—	—	—	1	—	—	101	—	33	1	1	1	24	—	1	17
Всього по окрмістах УССР за березень 1930 р.	—	303	45	93	—	55	1 092	1	6 622	1521	752	513	16 971	21	9	92	—	8	1	3	8 791	3 805	2 668	156	284	195	1 924	—	773	1 014
Всього по окрмістах УССР за лютий 1930 р.	3 489 220	38	59	99	—	48	658	—	6585	1641	559	544	14555	25	2	45	—	11	2	2	9 494	4 431	11 91	115	140	208	1843	—	587	897
Всього по окрмістах УССР за березень 1929 р.	3 363 287	229	61	58	—	35	990	—	1 313	1213	504	228	20857	8	13	140	1	9	—	2	9 784	3 955	2 390	126	201	182	1824	2	735	1011

Увага: В лютому місяці 1930 р. зареєстровано 2 випадки на проказу: 1 випадок на Миколаївщині, 1 випадок на Херсонщині.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, „Картковому репертуарі“ та інших покажчиках Української Книжкової Палати

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

Державна Центральна Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка“. Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 11 | 15 червня 1930 року | № 11

ЗМІСТ

За оздоровлення й раціоналізацію народнього харчування (стаття Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча).

Про роботу підприємств, що перейшли на 7-годинний робітний день (постанова ЦК ВКП(б)
Про шефство підприємств, над радустановами (Постанова ЦКК КП(б)У).
Резолюція Пленуму ВУК'а спілки Медсантруд на доповідь Наркома охорони здоров'я т. Канторовіча „Про виконання постанов ЦК ВКП(б) щодо медобслуговування робітників і селян“.

І. Розпорядження робітничо-селянського Уряду. 135-а. Про задоволення потреб медустанов з приміщень куркулів.

ІІ. Розпорядження Наркомздоров'я: Організаційна частина. 136. Про утворення сприятливих умов роботи для лікарів, що їх відряджено на периферію. 137. Про участь міських лікарів у медобслуговуванні колективізованого сектора сільського господарства. 138. Положення про Бюро Раціоналізації при НКОЗ. 139. Про обов'язкову надсилку інформаційних матеріялів до Санбакінститутів. 140. Про вживання стандартних форматів ділових паперів. 141. Про контрактацію лікарів-інтернів. 141-а. Окрздоровінспектури та МСУ повинні подати відомості про зміни стану медскладу запаса. Лікувально-профілактична частина. 142. Про медобслуговування колишніх червоногвардійців і червоних партизан. 143. Про організацію боротьби з пістряком та іншими злоякісними новотворами (додано уставу про онкопункти та онкодиспансери). Охматдит 144. Про боротьбу з абортами. Саносвіта. 145. Про організацію мережі медичних бібліотек УСРР. Санітарно-епідемічна частина. 146. Про підсилення догляду санітарного стану гуртожитків. 147. Про роботу промсанлікарів. 148. Про перебудування структури й роботи профдиспансерів.

ІІІ. Із діяльности Наркомздоров'я та його відділів. 1. Про стан охорони здоров'я в Конотопській окрузі. 2. Про раціоналізацію обліку й звітности. 3. Про медично-санітарне обслуговування транспортового населення Південно-Західніх залізниць. 4. Раціональне народнє харчування—в центрі уваги НКОЗ. 5. Про емблему для станцій швидкої допомоги.

IV. Різні об'яви та інформації.

ЗА ОЗДОРОВЛЕННЯ Й РАЦІОНАЛІЗАЦІЮ НАРОДНЬОГО ХАРЧУВАННЯ

Стан народнього харчування набирає виключно важливого значення для здоровохорони, тому що харчування є один з найсерйозніших чинників, що визначає фізичний стан людности. Те, що 20—25% всіх захорувань є в наслідок дефектів харчування (рахіт), цинга, падагра, туберкульоза, передача низки інфекцій через харчові продукти й т. ін.), це вже одно говорить про потребу питанням харчування надати центральне місце у всій діяльності органів здоровохорони.

Але, що особливо важливо й чому треба зараз приділити особливу увагу,—це раціоналізація народнього харчування на засадах сучасної науки.

Наша медично-санітарна організація тепер щільно підходить до низки надзвичайно серйозних питань. У сучасний момент, в реконструктивний період нашого господарства, коли на соціялістичний лад переробляється все господарське життя, коли на нових соціялістичних засадах перебудовується ввесь громадський лад, ми приступили до здійснення широких санітарно-оздоровчих заходів. Тут і будівництво соціялістичних міст, упорядкованих робітничих селищ та широке проведення заходів, що має на меті охорону праці в промисловості. Тут і така величезна історична справа, як будування Вседонецького водогону, забезпечити Донбас доброякісною водою, тут, нарешті, і така надзвичайно важлива й серйозна галузь народньо-господарського життя, як раціоналізація харчування, організація громадського харчування на наукових засадах.

Що ми спостерігаємо в цьому останньому питанні тепер?

Харчування в нас поставлено, як правило, кустарно, надзвичайно неекономно використовуються ресурси, що є в країні, надто мало уваги приділяється овочам, фруктам. Вивченням наукових основ харчування ми фактично майже не займались. Досвід закордону (широке вживання овочей, сої й т. інш.) абсолютно недосить використаний. Тимчасом, ми вже цього року матимемо мільйони пудів сої; ми вже зараз приступили до широкого розвитку бобових і олійних культур, і справа наших наукових інститутів якнайскорше опрацювати питання економного й раціонального використання для народнього харчування цих культур.

Центральний Комітет партії і Раднарком поставили перед НКОЗ, НКТоргівлі та низкою інших організацій великі питання, зв'язані з раціоналізацією народнього харчування на основі даних науки й техніки.

Відповідно до постанови Центрального Комітету партії й Уряду, нам треба широко розгорнути науково-дослідчу роботу в галузі харчування. Треба науково опрацювати й слідом за цим практично вирішити проблему зміни одних продуктів іншими, зокрема треба вирішити задачу зміни тваринних білків білками рослинного походження; треба науково опрацювати питання консервування та кулінарної обробки харчових продуктів; треба приступити до утворення раціонів, що відповідають сучасним вимогам фізіології та гігієни харчування; треба організувати кваліфікований санітарно-харчовий догляд.

Харчова промисловість повинна занятись виготовленням продуктів харчування; треба встановити норми, склад і стандарт харчових продуктів, розробити умови їх виготовлення та відпуску споживачеві. Треба вивчити якість тих нових рослин, які зараз культивуються у нас в країні, особливо треба негайно зайнятись таким надзвичайно важливим продуктом, як соя, що її треба широко застосовувати в народньому харчуванні; треба опрацювати норми та встановити типи установ і підпри-

ємств харчової справи, опрацювати та видати харчовий кодекс, притягнути наукові інститути, масу наукових робітників і спеціялістів харчової справи до ґрунтовної реформи й оздоровлення народнього харчування до постанови на соціялістичних засадах громадського харчування; треба вивчити харчування різних груп населення залежно від їхньої праці та умов життя.

Наукові інститути повинні приступити до ознайомлення трудящих мас із своїми науковими досягненнями, концентруючи навколо себе пролетарський актив. Органи здоровохорони повинні занятися пропаґандою в масах принципів здорового харчування, повинні зайнятися широким втіленням в харчування людности овочів, фруктів, бобових продуктів, повинні добитися якнайширшого залучення трудящих в справу поліпшення й оздоровлення народнього харчування.

Природно, питання підготовки кадрів і в цій галузі нашої роботи набирає виключного значення. Наркомздоров'я розпочав тепер підготовку лікарів-спеціялістів в галузі дієтхарчування. В зв'язку з реформою медосвіти треба приступити до викладання в значному обсязі питань харчування в МедВИШ'ах. Треба також розпочати підготовку сестер-дієтичок. Мережу дієтдиспансерів, дієтїдалень, або хоча б дієтетичних відділків при громадських їдальнях, треба значно розвинути, насамперед в робітничих центрах. Треба широко поставити завдання наукової та популярної літератури з питань харчування,—словом намічається ґрунтовна реформа всього народнього харчування, раціоналізація й оздоровлення його на наукових засадах.

Наркомздоров'я, і Наркомторгівлі, робітнича кооперація, низка інших відомств—всі повинні тепер поставити питання раціоналізації народнього харчування майже на чолі всієї своєї діяльности. Щодо Наркомздоров'я, йому безперечно треба надати належне місце в розв'язанні всіх цих величезних питань.

Безперечно, одвойовуючи собі право на опанування належного місця в справі раціоналізації народнього харчування; медично-санітарна організація стикатиметься ще не з одною перепоною, з великими труднощами. І надзвичайно характерно, що в той час, коли тов. Затонський загрожує скорпіонами НКОЗ за його недостатню діяльність в питаннях харчування, зовсім недавно, лише за кілька місяців, колеґія НК РСІ (правда, у відсутність тов. Затонського, але це не міняє стану), не зважаючи на настирливу вимогу й домагання НКОЗ зосередити в його руках науково-дослідчу роботу в галузі харчування та наукове керівництво всією справою, постановила відхилити вимогу НКОЗ і зосередити цю справу в Наркомторгівлі.

Постанову колеґії НК РСІ за деякий час було, звичайно, відмінено, але я певен, що й тепер ще є досить таких осіб і організацій, які вважають за можливе й доцільне зосередити наукову та науково-дослідчу роботу в галузі харчування, в яких завгодно руках, аж до Укрм'ясохладобойні, тільки не в НКОЗ.

В одній з округ відповідальний керівник окрпрофради катеґорично відхилив вимогу місцевої окрздоровінспектури про участь її представників у комісії, що провадила огляд громадського харчування. Цей горе-керівник просто заявив, що лікарям, тут робити нема чого, що їхня справа лише лікувати хорих, виписувати медикаменти й т. інш.

Наркомздоров'я повинен взяти на себе наукове керівництво народнім харчуванням. Він повинен об'єднати та координувати наукову діяльність в цій галузі всіх існуючих інститутів. Треба утворити Всеукраїнський

інститут харчування. Цей інститут повинен крім наукової та науково-дослідчої роботи заходитися у всьому обсязі коло питань підготовки кадрів, питань підґотовки такого лікаря, що міг би бути за організатора раціонального масового харчування, міг би й собі теж готувати культурних кулінарів.

Питання, поставлені тут, є безперечно питання вельми значного державного порядку. До вирішення їх треба притягнути всю нашу громадськість. Робітництво й бідняцько-середняцькі маси селянства повинні взяти в цій справі найжвавішу, найбезпосереднішу найактивнішу участь.

Нарком охорони здоров'я УСРР Канторовіч

ПРО РОБОТУ ПІДПРИЄМСТВ, ЩО ПЕРЕЙШЛИ НА 7-ГОДИННИЙ РОБІТНИЙ ДЕНЬ

Постанова ЦК ВКП(б)

Практичне здійснення 7-годинного робітного дня вже дало чимало позитивних господарсько-політичних наслідків: поширився обсяг виробництва, зростають продукційність праці й заробітна плата, трохи зменшився травматизм, притягнено нову робочу силу до виробництва, утворюється кращі умови для швидшого піднесення культурного рівня робітничої кляси.

ЦК, поруч указаних позитивних попередніх підсумків, відзначає, що, не зважаючи на неодноразові постанови ЦК про великі хиби у практичному запровадженні 7-годинного робітного дня в роботі господарських, профспілкових і радянських організацій ще є ряд серйозних недоглядів і хиб. Дуже незадовільне в багатьох випадках організаційно-технічне підготування, погано здійснюється раціоналізаторські заходи, недостатня забезпеченість підприємств, що їх переводять на 7-годинний робдень, кваліфікованою робочою силою й технічним персоналом, недостатні заходи до оздоровлення умов праці. Мляво притягається широкі робітничі маси до активної участи в підготовній роботі. Незадовільна робота НКОсів та НКЗдоров'я Союзних республік і споживчої кооперації в обслуговуванні культурно-побутових потреб робітників, переведених на 7-годинний робітний день. Масову культосвітроботу профспілок також не пристосовано до нових умов роботи, і вона значно відстає від дедалі більшої потреби на неї робітників.

Ухвалюючи намічені темпи переведення на 7-годинний робітний день промислових підприємств і транспорту (цілковите переведення на 7-годинний робітний день усіх постійних робітників промислових і транспортних підприємств на кінець четвертого року п'ятирічки—1931-32 р.), ЦК ухвалює:

1. У підготовній роботі до переходу звернути особливо серйозну увагу на пильне опрацювання правильних норм і розцінок, зважаючи при цьому на раціоналізаційні заходи, можливе ущільнення робітного дня й потребу забезпечити дальше зростання продукційности праці й зарплати. До безпосереднього переходу на семигодинний робітний день заводська й цехова адміністрація, разом із виробничими нарадами має провести велику роботу, широко обговорюючи в цехах і бриґадах цілу систему заходів, щоб підготувати й запровадити раціональне використання устаткування, сировини й робочої сили, яке забезпечило б за семигодинного робітного дня цілковите виконання плянових завдань.

2. На підприємствах з числом робітників понад тисячу, організувати ВКК, опрацювати всі заходи, щоб найефективніше здійснити семигодинний робітний день і забезпечити обговорювання пропозицій ВКК на робітничих зборах, у цехах, бриґадах і змінах.

3. Особливу увагу приділити пильному готуванню до заведення додаткових змін, особливо нічної зміни, заведення якої має обов'язково супроводитися посиленням заходів до оздоровлення умов праці.

4. Запропонувати ВРНГ, НКШ та іншим госпорганам поліпшити поставу й систематичне вивчання ефективности семигодинного робітного дня й посилити обмін досвідом між підприємствами, що вже перейшли на 7-годинний робітний день та тими, що переходять. До вивчання виробничо-економічних наслідків 7-годинного робітного дня притягати робітничі маси.

5. Запропонувати профспілкам, органам народньої освіти й охорони здоров'я, споживчій і житловій кооперації вчасно забезпечити на кожному підприємстві, що готується перейти на 7-годинний робітний день, культурно-побутове обслуговування робітників.

У системі заходів до культурно-побутового обслуговування звернути увагу на культурне обслуговування робітників підчас перерви на обід (читання газет, радіо та інш.). ВРНГ і профспілкам на підприємствах, що налагоджують нове виробництво і на тих, що їх заново устатковується, або переустатковується новою технікою, організувати використання вільної години, що звільнилася, спеціяльно для підвищення виробничої кваліфікації робітників.

6. Зобов'язати партійні комітети пильно перевіряти роботу всіх відповідних організацій коло проведення 7-годинного робітного дня, звернувши особливу увагу (спільно з адміністрацією підприємств) на правильний розподіл комуністів, комсомольців і профактиву по змінах і цехах, щоб зміцнити найвідповідальніші і слабі ділянки виробництва в умовах 7-годинного робітного дня.

(Надруковано в газеті „Известия“ з 8 травня 1930 р.)

Про шефство підприємств над радустановами

Постанова президії ЦКК КП(б)У

1. Досвід шефства підприємств над установами, що розгорнулося на Україні, показує величезне значення шефства в справі здійснення постійної пролетарської контролі над держапаратом у боротьбі за його здешевлення й оробочення. Шефство має стати основним шляхом боротьби з бюрократизмом і за перебудову роботи радапарату, притягаючи широкі робітничі маси до активної участи в перевірці роботи, а також особового складу радянських установ і висуваючи в процесі роботи робітників з виробництва на постійну роботу в держапараті.

2. Президія ЦКК КП(б)У зазначає, що не зважаючи на позитивні наслідки вже досягнуті у справі притягнення робітничих мас, шляхом шефства до роботи поліпшення радапарату в керівництві роботою в справі розвитку шефства є ряд серйозних хиб:

а) Партійні, профспілкові, комсомольські організації і ради приділяють питанням шефства підприємств над установами цілком недостатню увагу і не подають потрібної підтримки і повсякденної допомоги підприємствам, що уже здійснюють шефство над установами;

б) В ряді місць спостерігається формально-бюрократичний підхід до організації шефств, спроби реґляментувати роботу шефів, декляративність, підміна шефства всього підприємства шефством окремих робітничих бриґад, погляд на шефство, як на тимчасову кампанію і відсутність будь-якої роботи до закріплення шефства, як постійної форми масової пролетарської контролі і висунення робітників і робітниць у держапарат;

в) Профорганізації, в тому числі і заводські, не включають практичних завдань здійснення шефства до плянів своєї роботи, не вислухують звітів шефських робітничих бригад і не провадять масової роботи для пояснення серед робітників завдань шефства.

г) Преса, особливо заводські газети і газети установ, зовсім недосить популяризують значення шефства, форми і методи його практичного проведення і досвід масової контролі робітників над держапаратом, що вже є.

3. Президія ЦКК КП(б)У констатує, що в наслідок всього цього є факти, коли шефство перетворюється на формальний зв'язок між підприємством і установами, а за деяких випадків роботи в справі шефства зовсім не провадиться.

Шефство заводів над радустановами лишається досі, головно, роботою органів КК РСІ і не стало, не зважаючи на постанови XVI партконференції роботою всіх парт і профорганізацій.

Найважливіше завдання, що його поставив Ленін, до здійснення якого ми починаємо підходити через шефство заводів над держустановами — притягнення робітників без відриву їх з виробництва до безпосереднього виконання функцій державного управління, ніякою мірою не виділене і є таким же самим побічним заняттям, як і всі інші види шефства (наприклад, завод „Світло Шахтаря" здійснює шефство більш, ніж над 10 різними організаціями, і взявши шефство над Вукопспілкою, не виділив цього, як одне з своїх найважливіших завдань).

Ряд окружних КК РСІ і собі також досі не відограють організаторської ролі у справі розвитку шефства.

4. Президія ЦКК КП(б)У вказує на потребу рішуче усунути зазначені хиби в роботі розвитку шефства робітників над держапаратом і підкреслює, що найважливіше завдання партійних, профспілкових організацій, рад і органів КК РСІ є перетворити шефство на масовий рух і така постановка шефства, за якою робітників підприємств, що шефствують, дійсно було б притягнено до повсякденної участи в держуправлінні.

Цілком неприпустимі такі явища, як бюрократизація шефства, насадження його згори, підміна шефства підприємств шефством профспілки або незначної частини робітничого активу. Неправильне також трактування шефства, як взаємного договірного зобов'язання підприємства й установи.

Шефство є зобов'язання робітників даного підприємства перед робітничою клясою брати участь активно в державному будівництві, шляхом робітничої контролі над даною установою, поповнюючи її висуванцями, а також шляхом виконання робітниками безпосередньо деякої частини функцій, що їх виконував досі апарат.

5. Президія ЦКК пропонує всім партійним організаціям і окрКК—РСІ забезпечити виконання постанови ЦК і ЦКК ВКП(б) про завдання шефства („Правда" від 16-III 1930 р.) і популяризувати його на партійних і робітничих зборах, а також і на зборах службовців. Звернути особливу увагу на те, щоб закінчення чистки в установах ні в якому разі не приводило до послаблення шефської роботи.

Найближчим часом найважливішим практичним завданням підприємств, що шефствують, має бути робота в справі реалізації постанов і висновків комісії для чистки установ.

6. Поруч систематичної перевірки виконання підшефними установами директив партії і уряду, треба, щоб дальше оробочення установ, зв'язаних з підприємствами шляхом шефства, йшло, головно, коштом висунення з числа робітників цих підприємств, які беруть активну участь у поліпшенні апарату.

7. Члени рад і члени секцій РСІ, що працюють на виробництві і в установах, а також групи сприяння РСІ, повинні бути активними учасниками шефських робітничих бригад, допомагаючи систематичною перевіркою роботи підшефних установ і виконанню зобов'язань, взятих на себе підприємством.

8. Зобов'язати керівників груп і всіх інспекторів НК РСІ і ОкрРСІ, провадячи обсліди підприємств і установ, зв'язаних між собою шефством, вивчати досвід шефства, перевіряти виконання постанов ЦК і ЦКК ВКП(б) і ЦКК КП(б)У і подавати допомогу в поліпшенні шефської роботи.

9. Щоб поліпшити живе керівництво шефською роботою, організувати постійну консультацію при НК РСІ і всіх окружних КК РСІ у питаннях шефства, а також прикріпити членів ЦКК і групи НК РСІ (наприклад, фінгрупа — ДЕЗ — Наркомфін; с.-г. група „Серп і Молот" — Наркомзем і т. ін.) до підприємств, що шефствують для допомоги у їхній роботі.

Через три місяці вислухати доповідь про участь груп НК РСІ у шефській роботі.

Реалізацію цього пункту покласти на оргвідділ ЦКК.

10. Цю постанову опублікувати в пресі.

Голова ЦКК КП(б)У **Затонський**

(Вісті ВУЦВК в 21 травня 1930 р.)

Резолюція Пленуму ВУК'у Медсантруд на доповідь Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча й співдоповідь ВУК'у

1. Заслухавши доповідь народнього комісара охорони здоров'я тов. Канторовіча співдоповідь ВУК'у МСТ про перевірку виконання постанови ЦК ВКП(б), IV пленум ВУК'у Медсантруд констатує:

а) що в наслідок постанови ЦК ВКП(б) про медобслугування робітників і селян помітно зрушення в роботі органів охорони здоров'я на Україні, одначе, по низці округ, а найбільш по окремих лікустановах промислових районів і соціялістичного сектора сільського господарства (Луганське, Проскурів і ін.) фактичний стан роботи не забезпечує швидкого виконання постанови ЦК ВКП(б);

б) збільшення керівництва з боку Наркомздоров'я у виконанні постанови ЦК ВКП(б)— надсилка директив на місця з основних питань, збільшення живого зв'язку і зростання асиґнувань на поліпшення меддопомоги й нового будівництва у промислових районах.

2. Пленум ВУК'у МСТ відзначає, що:

а) апарат Наркомздоров'я оробочено недостатньо;

б) допомога окрінспектурам охорони здоров'я з боку окремих ланок апарату НКОЗ— недостатня;

в) інспектування у низці випадків не чітке, поверхове й не диференціюється, що не забезпечує відповідного темпу реалізації постанови ЦК ВКП(б). Досі переважають елементи лікувального порядку і слабо розгорнено профілактичний напрям в роботі.

3. Органи охорони здоров'я на місцях повнотою не перебудували своєї роботи відповідно до вимог реконструктивного періоду і директив ЦК партії, не надали достатньої уваги оробочуванню апарату, збільшенню громадського контролю й безпосереднього зв'язку з периферією, не запровадили єдиноначальности. Постанову ЦК ВКП(б) не популяризовано серед робітничої маси й медичних робітників, чому вона ще не править за провідний фактор у повсякденній роботі низки органів охорони здоров'я та окремих лікустанов.

4. За величезний огріх у всій системі роботи органів охорони здоров'я пленум вважає відсутність безпосереднього ув'язування справи охорони здоров'я з загальними завданнями народнього господарства нашої країни.

Пленум ВУК'у констатує, що робота органів охорони здоров'я і окремих лікустанов безпосередньо пов'язана й впливає у великій мірі на стан продукційности праці, виконання промфінпляну підприємств тощо. Органи охорони здоров'я у центрі й на місцям не надають уваги правильній постановці громадського харчування, не зважаючи на величезне його значення.

Відповідно до цих завдань роботу лікустанов треба побудувати так, щоб вона сприяла: оздоровлюванню умов праці, швидкому й найефективнішому відновленню працездатности, максимальній економії робітничого часу, що його витрачає робітник, щоб одержати медичну допомогу, запобіганню епідемічних захорувань, боротьбі з наслідками травматизму й дрібних каліцтв, перебудові побуту тощо.

5. Пленум ВУК'у вважає за цілком неприпустиме невиконання від госпорганів ВРНГ та адміністрації окремих підприємств постанов уряду взяти участь у заходах по боротьбі з епідеміями й забезпеченні першої допомоги, через що низку підприємств із значною кількістю травматизму не забезпечено відповідною сіткою установ першої допомоги.

6. Пленум ВУК'у в практичній роботі органів охорони здоров'я на Україні, зокрема у промислових районах, відзначає:

1. Ряд істотних хиб щодо надання першої допомоги, недостатність сітки, незадовільна кваліфікація, віддаленість пунктів від місця роботи, слабо розвинена профілактична робота.

2. У ряді амбуляторно-поліклінічних установ не вижито черг, виявлено, що численна кількість установ непристосована до переводу підприємств на 7-годинний робітний день, де-не-де кепсько проведено перехід на безперервну роботу, в наслідок чого спостерігаються випадки погіршення обслуговування застрахованих.

3. Недостатня ліжкова сітка, здебільшого в округах Донбасу та Криворіжжя; не вжито заходів щодо раціоналізації ліжкової сітки. На місцях не використовують внутрішніх можливостей поширити стаціонари й поліпшити якість їхньої роботи.

4. Кволо розгорнено роботу в галузі диспансеризації.

5. Надто недостатній темп заходів по лінії санітарного оздоровлення Донбасу й Криворіжжя, а також не використано всі можливості упорядкувати робітничі селища в санітарному відношенні.

6. Надто недостатнє й невреґульоване медикаментозне постачання.

7. Пленум ВУК'у констатує, що хоча органи охорони здоров'я підчас весняної засівної кампанії вжили низку заходів, що сприяли кращому проведенню засівкампанії, проте меддопомога в соціялістичнім секторі сільського господарства залишається в основному на попередньому рівні, за цей час вона вже змінилась надто недостатньо й відстає від темпу соціялістичної реконструкції сільського господарства.

8. Органи охорони здоров'я на місцях та окрфілії нашої спілки не загострили уваги всієї робітничої маси й медробітників на проведення чіткої клясової лінії диференціяції окремих груп і не мобілізували їх на боротьбу з перекрученнями клясової лінії, що спостерігаються.

9. Соцзмагання й ударництво в лікувально-санітарних установах не набуло потрібного розмаху. Профспілкові організації та органи охорони здоров'я не перетворили його на основну підойму виконання постанови ЦК ВКП. Окрфілії н/спілки не вжили потрібних заходів, щоб практично здійснити постанови Президії ВУК'у з 8 січня б. р.

10. Пленум зазначає, що реалізація постанови ЦК ВКП про забезпечення промислових районів і сільських місцевостей кваліфікованими робітниками (лікарі, аптечні робітники тощо) відбувається надзвичайно кволо.

11. Не зважаючи на ряд постанов Президії ВУЦВК і РНК УСРР про збільшення питомої ваги асиґнувань на справу охорони здоров'я у місцевому бюджеті, не вважаючи на величезні завдання, що стоять перед органами охорони здоров'я за реконструктивного періоду, питома вага асиґнувань на охорону здоров'я не тільки не збільшилась, а навпаки знизилась з 8,48% 1928-29 р. до 8,06% 1929-30 р. на Україні, найбільш по Луганській окрузі з 5,7 до 4,7%, Сумській з 14,5 до 11%, Конотопській з 11,3 до 10,4%.

Зважаючи на це, IV пленум ВУК'у МСТ визнає за конче потрібне:

1. Прискорити з погляду основних вирішень партії перебудову всієї роботи органів охорони здоров'я, збільшення темпу їхньої роботи та безпосереднього її зв'язку з виробництвом.

2. Забезпечити запровадження чіткої клясової лінії, обслуговуючи якнайповніше робітників промисловости, наймитсько-бідняцькі маси та соцсектор села мобілізувавши увагу робітничої маси та медробітників на боротьбу з перекрученнями, що спостерігаються. Наркомздоров'ю забезпечити запровадження на місцях обліку хорих у клясовому розрізі

3. Значно посилити роботу щодо оробочення апарату як в центрі, так і на місцях поліпшити якість обслідувань та інструктування і безпосередньої допомоги з погляду справжньої перебудови роботи, відповідно до постанови ЦК ВКП і кращої організації медично-санітарного обслуговування робітників та селян.

4. Подальше збільшення асиґнувань на нове будівництво лікустанов у промислових районах; треба звернути максимум уваги на якість будівельних робіт, їхню відповідність до нових вимог, що стоять перед медсанустановами, і зниження собівартости.

5. Поліпшення якости роботи пунктів першої допомоги, збільшення теперішньої сітки, наближення до місця роботи усунення хиб, що спостерігається в їхній роботі.

6. Вжити у якнайкоротший термін конкретні заходи, щоб усунути черги в амбуляторно-поліклінічній сітці, забезпечити повне й безперебійне обслуговування робітників, що вже перейшли та мають перейти на 7-годинний робітний день та безперервну роботу, поліпшити постачання лікустановам медикаментів, інструментарія, а особливо дезинфекційних приладь.

7. Прискорити опрацювання за участи місцевих організацій конкретного пляну оздоровлення Донбасу і Криворіжжя, водночас вжити рішучих заходів щодо впорядкування й поліпшення санітарного стану робітничих селищ.

8. Уже біжучого року значно збільшити сітку медсанустанов у соцсекторі сільського господарства, відшукавши додаткові кошти з місцевого й державного бюджету, притягнувши кошти Колгоспцентру, Радгоспцентру й інших організацій, а також мобілізувавши внутрішні ресурси на ці заходи.

Водночас вжити ряд раціоналізаторських заходів щодо поліпшення якости роботи теперішньої сітки. Звернути увагу на те, щоб збільшити охоплення пологовою допомогою.

9. Продовжуючи притягнення лікарів на периферію, вжити рішучих заходів, щоб перекинути до промислових районів соціялістичного сектора сільського господарства всіх лікарів, виділених з великих центрів. Направляючи на роботу тих, що закінчують медичні й фармацевтичні ВУЗ'и, задовольняти першою чергою заяви промислових районів і соцсектора сільського господарства, враховуючи, що дальший розвиток справи охорони здоров'я спирається в надостатні асиґнування. Наркомздоров'ю і його органам на місцях вжити своєчасно заходи, щоб збільшити питому вагу асиґнувань на справу охорони здоров'я по місцевому бюджету, особливо в тих округах, що значно відстають. Окрфілії та низові осередки пленум зобов'язує значно збільшити участь у бюджетній роботі й виявити максимум упертости при проходженні контрольних цифр місцевого бюджету.

10. Пленум вважає за конче потрібне забезпечити дальше висунення на керівну роботу в лікувально-санітарних установах робітників з виробництва й селянського активу (наймитів, колгоспників) та утворити їм відповідні умови для роботи.

Найближчим часом скликати всеукраїнську нараду висуванців робітників, що працюють в органах охорони здоров'я, перевівши раніш на місцях відповідну підготовну роботу і місцеві конференції висуванців.

11. Зазначаючи, що досі не виконано у низці місць директиву про єдиноначальність пленум ВУК'у відмічає настирливу потребу якнайшвидше запровадити принципи єдино-

начальности в роботі органів охорони здоров'я й окремих лікустанов, вживаючи водночас заходи щодо усунення випадків явного перекручення єдиноначальности.

12. Пленум ВУК'у вважає за потрібне притягти увагу ВРНГ і окремих госпорганів до питань кращої організації справи охорони здоров'я, як фактора, що безпосередньо впливає на стан продукційности праці, виконання промфінпляну тощо. Поставити питання про збільшення уваги і матеріяльної участи промисловости в питаннях охорони здоров'я на президії ВУРПС.

13. Пленум вважає за невідкладне значно посилити роботу НКОЗ і окрінспектур охорони здоров'я щодо організації та поліпшення громадського харчування, соціялістичної перебудови побуту, збільшення кількости ясел, оздоровчих заходів для дитинства, будівництва нових соціялістичних міст.

14. Пленум, зазначаючи цілком недостатню увагу до питань охорони здоров'я, що його надають місцеві організації н/спілки, пропонує всім окрфіліям і низовим осередкам рішуче й в найкоротший термін перебудувати всю свою роботу відповідно до постанови ЦК ВКП і вирішень ЦК та Президії ВУК'у н/спілки.

Зобов'язати широко розгорнути роботу в галузі соцзмагання і вдарництва. Найближчим часом провести—за участи робітників підприємств, що їх обслуговують, і самих медробітників уважну перевірку виконання постанови ЦК ВКП, вживаючи через відповідні організації заходів, щоб реалізувати ці постанови. Виявити максимум ініціятиви до організації громадського контролю і разом з органами охорони здоров'я широко популяризувати серед робітничої маси і серед медробітників постанову ЦК ВКП, що повинна правити за провідний фактор у всій повсякденній роботі органів охорони здоров'я й нашої спілки.

15. Відмічаючи надзвичайну слабість громадського контролю, майже цілковиту відсутність на місцях КОПІП'ів, слабість їхньої роботи в установах, де вони є, зобов'язати органи охорони здоров'я й окрфілії н-спілки у 3-х місячний термін організувати разом з виробничими спілками і за участи страхових організацій, КОПІП'и в усіх лікувально-санітарних установах.

16. Пленум вважає за потрібне не пізніш, як за 4—5 міс., зробити повторну перевірку обслідуваних округ, а також продовжувати подальшу перевірку за допомогою бригад. За цілком доцільне пленум вважає провести взаємоперевірку виконання постанови ЦК ВКП, так по лінії н/спілки, як і по лінії охорони здоров'я.

17. Звернути увагу ВУРПС і Головсоцстраху на недостатню увагу, що її надають міжспілкові об'єднання і комітети страхових кас питанням охорони здоров'я. Більшість ОРПС не обговорювали у себе питання про практичну реалізацію постанови ЦК ВКП(б) і не організували контролю за її виконанням. (Ухвалено 18 травня 1930 року).

І. РОЗПОРЯДЖЕННЯ РОБ.-СЕЛЯНСЬКОГО УРЯДУ

135-а ПРО ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ МЕДУСТАНОВ З ПРИМІЩЕНЬ КУРКУЛІВ

Копія

До всіх окрвиконкомів

(*Окремо не надсилався*)

В цей час організація нових медустанов, зокрема, на селі, часто зустрічається з відсутністю помешкань. Оскільки будівництво нових лікарень та амбулаторій на селі ще не набуло достатнього розвитку для задоволення негайних потреб в помешканнях, зокрема—для обслуговування колективного сектора, треба використовувати ті помешкання та будинки, що належали раніш куркулям.

Згідно закону (постанова ЦВК та РНК СРСР з 1 лютого 1930 р.) майно куркулів передається до неподільних капіталів колгоспів.

Отже, Секретаріят ВУЦВК'у вважає за потрібне, щоб з боку ОВК та окрколгоспцентрів було дано відповідні вказівки до всіх райвиконкомів та колгоспів про те, щоб з помешкань куркулів, що передані до неподільних фондів колгоспів, були задоволені потреби медустанов за заявкою органів охорони здоров'я.

Секретар Всеукр. Центр. Виконав. Комітету *Василенко*.

Зав. секретаріят президії ВУЦВК *Руденко*.

(Лист ВУЦВК'у ч. 98 з 2 червня 1930 р.)

II. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я

136. УТВОРИТИ СПРИЯТЛИВІ УМОВИ РОБОТИ ДЛЯ ЛІКАРІВ, ЩО ЇХ ВІДРЯДЖЕНО НА ПЕРИФЕРІЮ

(До всіх окрздоровінспекторів)

Останнім часом я одержую величезну кількість скарг од лікарів, мобілізованих в університетських центрах і направлених на периферію, на абсолютно неможливі умови, в які вони потрапляють прибуваючи до місця призначення. Як правило, кватирі не надають, сприятливих умов для роботи не утворюють, і це викликає прагнення втікти з тих місць, куди лікарів надіслано.

Зважаючи на надзвичайну важливість забезпечення периферії медперсоналом і потребу успішно провести мобілізацію лікарів, яку тепер проводять Наркомпраці та Наркомздоров'я — я категорично пропоную встановити суворий догляд того, щоб умови, які надаються мобілізованим лікарям, були якнайбільш сприятливі.

Скаржаться підчас і на те, що лікар, прибуваючи з певним призначенням од Урядової комісії на периферію, не знаходить вакантною ту посаду, на яку цього призначено. У таких випадках треба виявити максимальну гнучкість і ні в якому разі не припустити уходу цих лікарів.

Ще раз пропоную взяти цю мою директиву негайно до керівництва та виконання. Наркомздоров'я УСРР *Канторович*

(Лист Наркома Охор. Здоров'я з 23 травня 1930 р. ч. 7/2)

137. ПРО УЧАСТЬ МІСЬКИХ ЛІКАРІВ У МЕДОБСЛУГОВУВАННІ КОЛЕКТИВІЗОВАНОГО СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА

До всіх окрздоровінспектур, до НКОЗ АМСРР, до Зінов'ївського та Вінницького ОВК'ів

Медобслуговування соціялістичного сектора досі ще не набуло потрібного розвитку, переважно через недостатню кількість медперсоналу, зокрема лікарів. Виїзди лікарських бриґад на село, якщо не зважати на посилену діяльність бриґад підчас засівкампанії, мають випадковий характер, іноді гастрольорського чину на 1-2 дні. Проте, справа медсанобслуговування колсектора села підчас літніх сезонових сільсько-господарчих робіт має певне велике господарче та політичне значіння і органи охорони здоров'я повинні взяти в цій справі якнайактивнішу участь.

Ураховуючи можливість повного задоволення потреб села в лікарях тими лікарями, що закінчують ВИШ'і, а також тими, що їх перекидають з міст, Наркомздоров'я спільно з ВУК'ом вважають за потрібне, щоб окрздоровінспектури в разі виявленої потреби недостатку персоналу для колсектора на час літніх польових робіт направили деяку кількість лікарів з міст для обслуговування соцсектора. Направлення треба провадити на таких засадах:

1. Робота лікарів, що їх направляють на село, є тимчасовою—терміном до 4 місяців.

2. Відбір лікарів для посилки на село, проводить ОЗ, разом із окрфілією МСТ з кандидатів, що їх висуває кожна міська установа в кількості, що її визначає ОЗІ.

3. Лікарі, відряджені на село, зберігають свою посаду, зарплату та кватирю.

4. Лікарі на селі, крім того, одержують заробіток за посадою, що вони обіймають на селі, а також кватирю. Харчування за собівартістю дається від радгоспу або колгоспу.

5. Перш за все треба направляти лікарів-одинаків, а другою чергою сімейних.

Крім направлення лікарів на ввесь час сезонних польових робіт, треба організувати плянові виїзди фахівців для консультації та прийомів на 1-2 тижні, зокрема в ті місцевості, де поширені ті або інші хвороби (трахома, сифиліс).

Розподіляючи відпустки лікарям підчас літньої кампанії, треба ураховувати потреби сільського господарства з тим, щоб не пошкодити медобслуговування селянства.

Округи з великою кількістю лікарів, як Харків, Київ, Одеса, Дніпропетрівське, повинні виділити лікарів також і для інших округ.

Треба негайно розпочати кампанію в пресі та на лікарських зібраннях за те, щоб виділити потрібний персонал та за виїзд його до села.

В разі браку середнього персоналу, його треба виділити на таких самих підставах, як і лікарів.

Про ваші заходи сповістіть НКОЗ, зазначивши кількість лікарів та середнього персоналу, що виїхали до колсектора села на виконання цієї директиви.

Наркомздоров'я *Канторович*

Голова ВУК МСТ *Затон*

Зав. орг. інстр. від *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 7-32 з 18 травня 1930 р.)

Затверджую:

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

138. ПОЛОЖЕННЯ

про бюро раціоналізації (рацбюро) при НКОЗ

I

1. Бюро раціоналізації (Рацбюро) існує, як спеціяльний раціоналізаційний орган НКОЗ з виділеними для цієї роботи спеціяльними робітниками в кількості, що їх затверджує НК РСІ.

Підстава: Директива НК РСІ УСРР від 9 серпня 1928 р. № 2982.

2. До бюра раціоналізації (Рацбюра) крім спеціяльно виділених постійних робітників, притягуються по суміщенню окремі робітники відділів наркомату для використання їхньої ініціятиви й досвіду й забезпечення нормального розвитку раціоналізаційної роботи щодо виконання окремих ділянок раціоналізаційного пляну НКОЗ.

3. Роботою Бюра раціоналізації керує безпосередньо Нарком або його заступник.

4. Для використання ініціятиви й досвіду всіх активних сил наркомату в галузі раціоналізації й втягнення в цю роботу суспільної організації, при Бюрі раціоналізації існує рада в складі: Голови—Наркома, постійних спеціяльних робітників Бюра, що їх виділено для раціоналізаційної роботи, представника Комосередку, Місцевкому, робочого активу й окремих робітників, що їх призначає Нарком.

5. Бюро раціоналізації щодо технічної роботи обслуговує оргвідділ й технічні робітники тих відділів, питання яких пророблюються.

II

До обсягу діяльности Бюра раціоналізації (Рацбюра) належить:

1. Загальне керівництво й напрямок раціоналізаційної діяльности місцевих органів і установ НКОЗ, а саме:

а) Систематичне втілення в діяльність частин НКОЗ, місцевих органів і установ, постійної, раціоналізаційної функції і стимулювання роботи щодо раціоналізації;

б) дача місцевим органам і установам НКОЗ основних вказівок щодо складання плянів раціоналізаційної роботи;
в) періодичний догляд і перевірка виконання раціоналізаційних робіт;
г) консультація й методологічне керівництво в питаннях раціоналізаційної роботи;
д) сприяння місцевим органам і установам НКОЗ в переведенні до життя раціоналізаційних заходів.

2. Систематичне вивчення й використання наукових досягнень і досвіду, що є в СРСР і закордоном в галузі раціоналізації: організації апарату, оперативної роботи й техніки роботи.

3. Безпосередньо й з притягненням підвідомчих місцевих органів наукових установ і робітників окремих частин НКОЗ опрацьовання й переведення через керівників частин НКОЗ раціоналізаційних робіт з метою роз'язання НКОЗ, його місцевими органами, лік. і науковими установами питань тощо:
а) цілковитого спрощення функцій і структури центрального апарату, місцевих органів лік. і наукових установ НКОЗ, посилення відповідальности окремих робітників знищення паралелізму й встановлення чіткого розподілу обов'язків;
б) роботи по основних операціях наркомату, його місцевих органів лік. і наукових установ в площині поліпшення якости виконання основних відповідних функцій, організації її, техніки роботи, нормування праці, поліпшення техніки устаткування і умов праці, скорочення витрат, прискорення переведення операцій, що зв'язані з основними функціями відповідного органу НКОЗ, або установи, поліпшення обслуговування трудящих;
в) спрощення взаємовідносин НКОЗ з його органами лік. і науковими установами, а також останніх з іншими органами та установами;
г) утворення простого, короткого й дешевого обліку і відчитности, що відповідає завданням плянування й управління, а також машинізації обліку й рахівничої роботи;
д) контроля виконання завдань НКОЗ і його місцевими органами;
е) поліпшення метод і техніки плянування в НКОЗ і його органах на місцях;
ж) поліпшення якости листування і документів, що їх складають в НКОЗ і в його органах в напрямку якости їх викладання;
з) спрощення діловодства, скорочення листування, кількости інстанцій і терміну проходження його;

4. Об'єднання раціоналізаційних пропозицій та починання оперативних робітників, безпосередня підтримка й ув'язання їхніх пропозицій з роботою Бюра раціоналізації.

5. Ув'язання раціоналізаційних робіт, що їх провадять місцеві органи та установи охорони здоров'я і організація обміну між ними раціоналізаційним досвідом, щоби розповсюдити на відповідні типи установ раціоналізованих прийомів роботи.

6. Опрацьовання заходів щодо підвищення кваліфікації і інструктажу співробітників НКОЗ в тих ділянках, на яких переведена раціоналізація.

7. Обсяг раціоналізаційних досягнень і ефективности, що їх одержано в наслідок роботи Бюра раціоналізації, оперативних робітників і масової економроботи в центрі й на місцях.

8. Популяризація раціоналізаційної роботи серед службовців і робітників, що приходять в НКОЗ з метою стимулювати їх раціоналізаційних пропозицій.

9. Опрацьовання раціоналізаційних робіт для висвітлення їх в ПРЕСІ з метою популяризації раціоналізаційної роботи НКОЗ і місцевих органів і з метою обміну раціоналізаційним досвідом.

10. Контроль стану переведених робіт і доповідь адміністрації НКОЗ про потрібні заходи, щоб не припускати ламання й знищення раціоналізаційних постановок.

Бюро раціоналізації апарату (Рацбюро) має права:

1. Ознайомлюватись в процесі своєї роботи з матеріялами частин НКОЗ, його місцевих органів, лік. і наукових установ без окремого щораз дозволу й погодження на це.

2. Опрацьовання, погодження й скликання нарад в питаннях раціоналізації.

3. Доповідати в питаннях раціоналізації на зборах співробітників, що їх скликають громадські організації.

4. Самостійних зносин з іншими Бюрами, з науково-раціоналізаційними установами й органами НК РСІ.

5. Безпосередніх зносин зі всіма установами НКОЗ, його місцевими органами, лік.-науковими установами в питаннях своєї компетенції.

6. Брати участь в засіданнях і нарадах, на яких обговорюються питання в галузі раціоналізації.

Бюро раціоналізації (Рацбюро) в зв'язку з покладеними на нього функціями й наданими правами відповідає

1. За вичерпливу освідомленість, вивчення використання наукових досягнень і досвіду в галузі раціоналізації.

2. За досить вичерпливу освідомленість і вивчення сучасного стану апарату НКОЗ і його місцевих органів лік. і наукових установ.

3. За своєчасне порушення ініціятиви в справі проробки окремих раціоналізаційних заходів.

4. За своєчасну й правильну організацію опрацьовання окремих заходів в справі раціоналізації й опрацьовання раціоналізаційних проєктів.

5. За відповідну обґрунтованість і раціоналізаційну методику при переведенні рац. роботи.

6. За відповідність проороблених рацпроєктів стану установи й сучасних досягнень в галузі системи й техніки роботи.

7. За своєчасне об'єднання раціоналізаційних пропозицій й використання оперативних робітників в раціоналізаційній роботі.

8. За своєчасний контроль і вивчення наслідків і ефективности запроваджених в життя рацробіт.

9. За своєчасний і досить вичерпливий інструктаж робітників підчас здійснення проєктів раціоналізаційної роботи.

10. За всі обов'язки, що покладені на оргбюро та виконання функцій в галузі раціоналізації.

139. ПРО ОБОВ'ЯЗКОВУ НАДСИЛКУ ІНФОРМАЦІЙНИХ МАТЕРІЯЛІВ ДО САНБАКІНСТИТУТІВ

(*Окремо не надіслано*)

До всіх окрздоровінспектур, Винницькому та Зінов'ївському санінспекторам. До НКОЗ АМСРР. Копія до всіх санбакінститутів.

За відомостями, що надходять до Наркомздоров'я УСРР, численні окрздоровінспектури недбайливо ставляться до надсилки санбакінституту, що обслуговує відповідну округу, різних інформаційних матеріялів і зокрема—щомісячних відомостей про інфекційні захворування, яких бакінститут або зовсім не одержує, або одержує з великим запізненням. Це гальмує здійснення науково-практичного керівництва з боку бакінститутів і позбавляє їх змоги своєчасно вживати потрібних заходів із цього або іншого питання, що повстає в певній окрузі.

Щоб усунути надалі таке явище, Наркомздоров'я УСРР, на доповнення попередніх своїх директив, категорично пропонує, починаючи з квітня місяця, обов'язково надсилати бакінститутові, до якого належить дана округа, такі інформаційні матеріяли:

1) щомісяця й одночасно з надсилкою до НКОЗ відомості про рух інфекційних захворувань;

2) незалежно від цього копії термінових повідомлень про найбільш загрозливіші захворування (про черевний тиф тощо), коли НКОЗ встановлює такі повідомлення з вимогою надсилати щотижня або двічі на місяць;

3) про всілякі вибухи інфекційних захворувань **негайно після виникнення такого вибуху;**

4) в копіях всі звіти та пляни з санітарно-епідемічних питань, що їх надсилається до НКОЗУ.

Бакінститутам доручається простежити за виконанням цього розпорядження і про випадки порушень повідомляти НКОЗУ.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

За зав. орг. інстр. від. *Рапопорт*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 30-2 з 22 травня 1930 р.)

140. ПРО ВЖИВАННЯ СТАНДАРТНИХ ФОРМАТІВ ДІЛОВИХ ПАПЕРІВ

До всіх окрздоровінспектур, до всіх інститутів НКОЗУ. Копія до НКОЗ АМСРР

Згідно з наказом НК РСІ, ВРНГ і НКТ СРСР з 20 березня 1929 р. про порядок переведення стандартів для своєчасного й пленового переведення стандартів, що їх затвердив Комітет Ради праці й оборони СРСР, в НКОЗ, його місцевих органах і установах — ця робота в центрі покладена на Бюро раціоналізації (Оргбюро) НКОЗ.

Місцевим органам і установам НКОЗ від себе треба виділити співробітника, на якого покласти роботу щодо вживання стандартів, доручивши йому перегляд всіх замовлень на

папер, блянки, книги, бюлетені, журнали, різні форми документації (оперативної й відчитної) тощо, без візи якого заборонити замовляти вищезазначене. За визначенням форматів треба користуватися із видання загально-союзного стандарту „Потребительские ОСТ 363 и 364", що їх вніс до комітету стандартизації Державний інститут техніки керування. Зразки придбати можна в Харкові, представництво видавництва техніки керування, Сергієвська площа 3 або безпосередньо в Москві „Издательство Техники Управления", Центр, Ильинка, Рыбный пер. д. 2, кв. 28.

У всіх питаннях, що зв'язані зі стандартизацією (визначення потрібного для даної форми стандарта, перевірка форматів, різні непорозуміння підчас визначення даного стандарту і т. інш.) просимо звертатись до Бюра Раціоналізації (Оргбюро) НКОЗ, яке даватиме вичерпані відомості на всі запитання.

Прізвища осіб, що ви їх виділили, фах і посади повідомити НКОЗ

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ ч. 59 з 11 травня 1930 р.)

141. ПРО КОНТРАКТАЦІЮ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

(*Окремо не надсилався*)

До всіх окрздоровінспектур, Медсануправ, до всіх інститутів. До Зінов'ївського та Вінницького ОВК, копія до НКОЗ АМСРР

Для завчасного плянового розподілу фахівців НКОЗ встановлює контрактацію лікарів, що проходять інтернатуру за держбюджетом.

Окрздоровінспектури або МСУ, що бажають законтрактувати лікаря інтерна за тим або іншим фахом, повинні звернутися до відповідного інституту удосконалення, в копії — до оргінстру НКОЗ.

Лікаря для контрактації виділяє директор інституту за погодженням з профкомом. ОЗІ чи МСУ мають право контрактувати лікарів персонально. Контрактація лікарів-партійців підлягає затвердженню НКОЗ.

Законтрактований лікар одержує від ОЗІ чи МСУ або РВК, поверх стипендії НКОЗ — утримання розміром не менш як 50% лікарської ставки за посадою, на який передбачено використати лікаря.

Після закінчення інтернатури законтрактованого лікаря НКОЗ напрямляє для відслуговування до тої округи, яка його законтрактувала. При контрактації складається типовий договір за формою, що до цього додається.

Додаток: типовий договір.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Зав. орг. інстр. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 9/50 з 19 травня 1930 р.)

Типовий договір

„про контрактацію лікаря-інтерна"

Прізвище, ім'я й по батькові лікаря-інтерна (в дальшому скорочено—„інтерн" або стипендіят").

Назва інституту удосконалення та фах інтерна

Адреса стипендіята за місцем перебування учбового закладу

Постійне місце перебування стипендіята

Назва і адреса органа охорони здоров'я
. (в дальшому скорочено „госпорган").

Дата підписання договору „ . . . " 193 . . р.

1) Окрздоровінспектура (МСУ) виплачує лікарю-інтерну, крім стипендії НКОЗ починаючи з терміну підписання договору до по крб.

2) Лікар-інтерн повинен закінчити курс навчання з фаху в (назва учбового закладу) не пізніш 1930 р.

Підчас навчання лікар-інтерн зобов'язаний своєчасно складати іспити та інші роботи, установлені учбовим пляном, а також від адміністрації учбового закладу.

3) Закінчивши курс, лікар-інтерн отримує відпустку протягом одного місяця, зберігаючи утримання від госпоргану.

4) Закінчивши курс навчання й використавши відпустку (п. 4), лікар-інтерн зобов'язаний відробити в установах, підлеглих госпорганові за його вказівками.

5) Підчас відробітку стипендії заробітну платню виплачується за обійманою посадою на загальних засадах.

6) Якщо лікар-інтерн захоріє в період відробітку стипендії, час хвороби зараховується до строку відробітку.

Якщо лікар не може розпочати відробок або продовжувати його з інших незалежних від нього причин (військова служба, хвороба члена сім'ї тощо) строк відробітку відповідно відтягується.

7) Якщо лікар-інтерн не відробить стипендії (зовсім або частково) з будь-яких причин, госпорганам надається право стягати з нього невідроблену суму стипендії.

8) Якщо стипендіята не можна використати на підприємстві або установі з незалежних від нього причин (скорочення штатів, раціоналізація тощо), стипендію за час, що залишився, відроблюють за тим самим фахом за вказівками НКОЗ, додержуючись правил цього договору.

9) Взаємовідносини сторін, не передбачені цим договором, реґулює Наркомздоров'я.

10. Цей договір складено двома ориґінальними примірниками, що з них один зберігається в госпоргані, а другий у стипендіята.

Підпис стипендіята

Підпис представника госпоргану

141-а. ОКЗДОРОВІНСПЕКТУРИ ТА МСУ ПОВИННІ ПОДАВАТИ ВІДОМОСТІ ПРО ЗМІНИ СТАНУ МЕДСКЛАДУ ЗАПАСА

До всіх ОЗІ та Начмедсанупрів залізниць

(*Окремо не надіслано*)

Не зважаючи на обіжне розпорядження НКОЗ УСРР з 19-V 1928 р. № 70136.3, оголошене в бюлетені НКОЗ за № 1928 р. № 10 § 152, що зобов'язує всіх керівників цивільних лікувальних установ України, щороку на 1 січня кожного року (за минулий рік) повідомляти місцеві військові управління (окрвійськомати) про зміни, що сталися в службовому, спеціяльному та партійному стані медскладу запасу, що працюють у цивільних лікувальних установах (лікарі, лікпоми і фармацевти), до цього часу цього розпорядження на місцях не виконують. ОЗІ, Медсанупри залізниць, вод. транспорту та інші установи НКОЗ УСРР не перевіряють виконання цього розпорядження на місцях.

Пропоную, під особисту відповідальність керівників лікустанов УСРР, вжити всіх заходів до точного виконання устави про облік начскладу запасу. Всім ОЗІ, медсанупрам залізниць та водтранспорту стежити за виконанням цієї директиви.

Підчас доповідей керівників лікустанов та окрздоровінспекторів в НКОЗ обов'язково доповідати про ступінь виконання цієї директиви.

Крім того, прохання до всіх окрвійськоматів, якщо цивільні лікустанови цієї директиви не виконують, повідомляти про це мене через ВСУ УВО для того, щоб покласти на винних адміністративні кару.

Народній Комісар Охорони Здоров'я *Канторовіч*

Начальник Військсанупру *Суслов*

(Спільн. об. розп. НКОЗ та ВСУУВО ч. Т/В — 7/15 з 23 травня 1930 р.)

142. ПРО МЕДОБСЛУГОВУВАННЯ КОЛИШН. ЧЕРВОНОҐВАРДІЙЦІВ, ЧЕРВОНИХ ПАРТИЗАН ТА ЇХНІХ СІМЕЙ

(*Окремо не надіслано*)

До всіх окрздоровінспектур, МСУ, райвиконкомів Зінов'ївської та Вінницької округ. До наукових інститутів НКОЗ

Постановою ЦВК та РНК СРСР з 13 січня 1930 року ухвалено, що червоноґвардійці, червоні партизани та їхні сім'ї—користуються всіма видами медичної допомоги та однакових засадах із застрахованими. За відомостями НКОЗ цю постанову на місцях не провадять в життя досить повно, при чому інколи спостерігаються випадки недостатньої уваги до цього питання.

Треба широко довести до відома населення, а також лік. сан. установ про порядок подання меддопомоги та пільги колишн. червоноґвардійцям та червоним партизанам.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

За зав. оргінстру *Рапопорт*

(Об. розпор. НКОЗ з 1 червня 1930 р. ч. 7—30)

143. ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ БОРОТЬБИ З ПІСТРЯКОМ ТА ІНШИМИ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОТВОРАМИ

(*Окремо не надсилався*)

До всіх окрздоровінспектур і МСУ. Копія до НКОЗ АМСРР

(На розвиток § 6 арт. 98 бюлетеня НКОЗ ч. 8 за 1930 р. „Про запровадження боротьби з пістряком").

Для правильної організації плянової боротьби з пістряком та іншими злоякісними новотворами НКОЗ УСРР постановив затвердити наведену нижче уставу онкологічних пунктів і диспансерів.

УСТАВА

про онкологічні пункти і диспансери

А. Онкологічні пункти

1. Онкологічні пункти утворюються в складі:

а) всіх великих поліклінік, що мають пропускову здатність не менш 500 ч. в день та

б) тих лікарень, де це буде визнано відповідною окрздоровінспектурою за доцільне для запровадження спеціяльного лікування хорих.

2. Онкологічні пункти мають за своє завдання:

а) Провадити в районі, що вони обслуговують, облік і реєстрацію хорих на пістряк та інші злоякісні новотвори;

б) провадити групову й індивідуальну дослідчу роботу та надавати соціяльно-профілактичну допомогу згаданим вище хорим, що їх буде виявлено;

в) надавати цим хорим лікувально-діягностичну допомогу та відряджувати до центральних, або округових онкологічних диспансерів тих хорих, що потребують спеціяльного лікування (оперативного втручання, стаціонарного лікування);

г) організувати й провадити саносвітню роботу в галузі боротьби із злоякісними новотворами.

3. Штат онкологічних пунктів встановлюється загальним порядком.

4. Підлягаючи в адміністративно-господарчому відношенні адміністрації лік. установи, до складу якої входить, онкологічний пункт працює за вказівками та під контролею відповідного окружного онкологічного диспансера.

5. У роботі своїй онкологічний пункт користується лябораторіями, рентгенустановками тощо тої лік. установи, до складу якої він входить.

Б. Округові онкологічні диспансери

6. Округові онкологічні диспансери, що керують і об'єднують діяльність онкологічних пунктів, утворюються в складі єдиного диспансеру поліклінік округових міст.

7. Виконуючи на території свого міста завдання, викладені в арт. 2 цієї устави, округові онкологічні диспансери поруч цього:

а) керують роботою онкологічних пунктів своєї округи, надаючи їм систематичну консультаційну допомогу.

б) концентруючи ввесь обліково-реєстраційний матеріял захворувальности й смертности в окрузі від пістряка та інших злоякісних новотворень, провадять вивчення соціяльної, клінічної та біологічної проблеми боротьби із злоякісними новотвореннями.

8. Округові онкологічні диспансери мають в своїму складі:

а) кабінети: хірургічний, терапевтичний й гінекологічний;
б) ляборатогії хемічно-мікроскопічних та патолого-гістологічних досліджувань;
в) музей саносвіти;
г) реєстратуру;
д) діягностичні ліжка.

Увага. Коли зазначені в п.п. „б — д" устави вже є в поліклініці, округові онкологічні диспансери, що входять до її складу, користують з цих установ, розширюючи їх на випадок потреби в цьому,

9. Штати округових онкологічних диспансерів встановлюються загальним порядком.

В. Центральні онкологічні диспансери

10. Округові онкологічні диспансери прикріплюються за розподілом НКОЗ до обласних онкологічних диспансерів НКОЗ, що утворені в м.м. Харкові, Києві та одесі

11. Обласні онкологічні диспансери, виконуючи завдання, викладені в арт. 7 цієї устави щодо округових онкологічних диспансерів, здійснюють загальне керування онкологічними пунктами та безпосередньо округовими онкологічними диспансерами й пророблюють загальні методи боротьби з пістряком і іншими злоякісними новотвореннями.

12. При обласних онкологічних диспансерах обов'язково організуються:

а) установи, зазначені в арт. 8 цієї устави,
б) гуртожитки для хорих, що потребують діягностичної допомоги.

13. Штат обласних онкологічних диспансерів встановлюється за загальним порядком.

14. Щорічні пляни, що за ними онкологічні диспансери й пункти провадять свою роботу — затверджують:

а) для Центральних онкологічних диспансерів — НКОЗ (по лікувально-профілактичному відділу),

б) для округових онкологічних диспансерів та пунктів — відповідні окрздоровінспектури,

в) для онкологічних пунктів — адміністрація тої лікувальн. установи, до якої належить онколог. пункт.

15. Центральні онкологічні диспансери утримуються на кошти державного бюджету.

Округові онкологічні диспансери — на кошти місцевого бюджету та місцевих фондів меддопомоги.

Онкологічні пункти — на кошти місцевого бюджету та місцевих фондів меддопомоги.

Наркомздоров'я *Канторович*
За зав. орг. інстр. від. *Рапопорт*

(Пост. НКОЗ з 25 травня 1930 р.)

144. ПРО БОРОТЬБУ З АБОРТАМИ

(*Окремо не надсилався*)

До всіх окрздоровінспектур, МСУ. Копія до НКОЗ АМСРР

За 5 років кількість абортів на Україні зросла на 375%. Такий експансивний приріст висуває аборт, як соціяльну проблему, на перший плян.

Протиабортна робота на місцях провадиться недосить енергійно, і навколо цієї соціяльної проблеми не зосереджено уваги трудящих, особливо молоді.

Скептичне, а часом і неґативне ставлення лікарів до протизачаткових засобів, кволе втілення протизачаткових засобів у побут дуже шкідливо відбивається на справі боротьби з абортами, тоді як за даними комісії вивчення протизачаткових засобів у Москві, відсоток

успіху од вживання тільки хінозольових препаратів, як „Преконсоль“ та „Контрацептин“, змінюється в межах 80 до 95.

Обслуговування ліжковою допомогою жінок, що їх абортують, теж кількістю недостатнє і якістю незадовільне. Деякі округи обернули платні абортні ліжка в прибуткове джерело.

Нарешті, далеко недосить енерґійно провадиться боротьба із запільними абортами так у місті, як особливо на селі.

Щоб усунути всі хиби, НКОЗ пропонує:

1. Поглибити санітарну освіту в галузі протиабортної боротьби не тільки серед жінок, а й серед чоловіків (родини в цілому), особливо — молоді. Ставити та опрацьовувати це питання на районих та окружних лікарських конференціях, пригягаючи увагу широких лікарських мас та іншого медперсоналу.

2. Чільне місце в протиабортній роботі відвести заходам до попередження вагітности. Позбавити популяризацію протизачаткових засобів характеру кампанії. У всіх лікустановах так амбуляторного, як і стаціонарного характеру, де провадиться профілактичний або лікувальний прийом жінок по акушерству та гінекології в місті й на селі, медучасткам та амбуляторіям систематично й повсякденно популяризувати серед жінок вживання протизачаткових засобів для попередження небажаної вагітности.

3. Радам соціяльної допомоги виділити певні кошти для безплатного розповсюдження протизачаткових засобів серед бідноти, особливо на селі, хоча на перший час, поки ці засоби не будуть певної популяризації.

4. Організувати відпуск контрацептивів з усіх консультацій, а де можливо, — і з медучастків та амбуляторій, особливо на селі так за гроші, як і безплатно.

5. По змозі збільшити мережу платних абортних ліжок. Абортовані повинні залишатися на ліжках не менш, як 3 дні (повних 2 доби).

6. Виконати директиву НКОЗ, надруковану в бюлетені № 9 за 1929 р.

7. Впорядкувати роботу абортних комісій, знищуючи цілком черги в них через збільшення числа їх та перепускової спроможности.

8. Аборти при вагітності більше 3 місяців робити тільки за належних медичних показів при консультації ще з одним лікарем.

9. Посилити боротьбу з запільними абортами так у місті, як і на селі, притягуючи до судової відповідальности осіб, що їх провадять.

Заст. Наркомздоров'я—зав. відділу охматдит *Кустелян*

Зав. орг. інстр. відділу *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ з 29 травня 1930 р.)

145. ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ МЕРЕЖІ МЕДИЧНИХ БІБЛІОТЕК УСРР

До окрздоровінспектур, медсанустанов і медВИШ'ів

(*Окремо не надіслано*)

Додаючи до цього директиви про організацію мережі медичних бібліотек УСРР, Наркомздоров'я пропонує негайно розпочати підготовчу роботу до виконання всіх перелічених у директивах заходів. Роботу цю треба провадити так, щоб до початку нового бюджетного року, коли почнуть працювати основні ланки мережі, було повністю закінчено:

у Києві, Одесі, Дніпропетровському й Донбасі — складання календарних плянів організації краєвих медичних бібліотек, з точним обліком джерел і розмірів надходження книг, будинків для їх розміщення, коштів на організацію й роботу 1930-31 року, асигнувань на цю справу з місцевих бюджетів (про орієнтовні розміри асигнувань з держбюджету буде згодом повідомлено), керівних кадрів, відносин з інститутами, зокрема медичними й удосконалення лікарів, організації обслуговування периферії (напр., пересувні бібліотеки) тощо;

по інших округах — перегляд книжних фондів усіх медустанов (згідно з розд. VIII), складання й надсилка на адресу краєвих бібліотек (через окрздоровінспектури згаданих 4 міст) списків передаваної до них літератури, визначення пуктів організації округових філій і районової мережі (саносбуд, поліклініка, райлікарня тощо), складання річних кошторисів цих пунктів (місцевий бюджет) тощо.

Керувати згаданою роботою мають округові комісії в складі: голови — окрздоровінспектора, заступника — зав. окрсаносвіти й за широкої участи представників профспілки МСТ і медсанустанов (у Києві, Одесі, Дніпропетровському й Донбасі — орієнтовно Луганському — обов'язкова участь медінститутів і Ін-тів удосконалення лікарів). Відповідаль-

ність за хід підготовчої роботи полягає на окрздоровінспекторах, яким належить щомісяця інформувати про цю роботу НКОЗ. Термін надсилки першої інформації — 5—10 липня ц. р.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Керовник сектора Науки й Санкультури *Ліфшиць*

Зав. орг.-інстр. відділу *Кушнір*

Нарком Охорони Здоров'я ствердив 2 травня 1930 р.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ МЕДИЧНИХ БІБЛІОТЕК УСРР

I. Основні положення

1. Загострення в реконструктивний період проблеми медичних кадрів соціялістичного будівництва, і збільшення ресурсів для розв'язання цієї проблеми прискорюють потребу поставити в порядку денному всі її складові частини, зокрема — про мережу медичних бібліотек, як важливого знаряддя в готуванні й докваліфікації кадрів.

2. Мережа медичних бібліотек УСРР, використовуючи всі книжні фонди медустанов, має складатися з: а) Укр. Держ. Мед. Бібліотеки, б) Краєвих Держ. мед. бібліотек і вузькофахових бібліотек інститутів НКОЗ й найбільших лікарень; в) контактованих із ними центральної і краєвих науково-книжкових баз пошто-абонементу для медробітників периферії; г) округових філій медичних бібліотек переважно зі змінним книжковим фондом; д) районові мережі, з іще більшою перевагою в бік пересувних фондів.

3. Основний принцип побудови мережі: масове використання наукової літератури зокрема—наближення кожної книги до кожного фахівця на місце його роботи, найбільша економія при найбільшій ефективності витрат, „виробнича" кооперація всіх ланок системи. Відповідно до цього, основу мережі складають міцні (Всеукраїнські і краєві) медичні бібліотеки з їх розгалуженням — вузько-фаховими бібліотеками, а на місцях — по округах, районах і колгоспах—невеличкі бібліотечки з обмеженою кількістю власних, виключно довідних, книг, але з щільним зв'язком з краєвими бібліотеками й широкою реальною можливістю використовувати всі книжні багатства основної мережі, шляхом ознайомлення на місці з її каталогами, повним використанням пошти, можливістю замовити всяку медичну книгу в усякій ланці системи тощо.

II. Укр. держ. мед. бібліотека

4. Завдання УДМБ (з наказу про створення УДМБ і з поширенням п. „г"):

а) збирати й переховувати всю медичну й біологічну літературу СРСР, а також і потрібну чужоземну літературу;

б) постачати своїми книжками інститути та інші медустанови УСРР і, зокрема, — Харкова;

в) провадити бібліографічну роботу з різних галузей медицини й розробляти укр. мед. біографію; організувати консультативно-довідкову роботу для установ Харкова и УСРР;

г) керувати бібліотечно-бібліографічною роботою інститутів в НКОЗ та інших медустанов і координувати цю роботу в межах УСРР.

Організувати всеукраїнську мережу медичних бібліотек, накреслену в п. 2;

д) виконувати спеціяльні завдання НКОЗ.

III. Краєві держ. мед. бібліотеки та вузько-фахові бібліотеки

5. Завдання краєвих ДМБ — це в краєвому обсязі завдання УДМБ. Пляни роботи зокрема — комплектування й консультації, мають відбивати специфічні потреби краю й медустанов міста, а науково-дослідна бібліографічна робота бібліотек найбільше скеровується в бік збирання, вивчення й публікації матеріялів із книг та журналів для епідеміологічних, клімато гідрологічних, санітарних, антропологічних та інших характеристик краю (краєзнавча бібліографія).

Відповідно до цього координується комплектування найціннішою чужоземною літературою між краєвими бібліотеками, а також і в межах міста — в напрямку зосередження найдорожчих — серійних „архівних", загально-медичних і подібних видань у краєвій ДМБ. Краєва бібліотека керує роботою бібліотек, інститутів й лік.-проф. сан. установ свого міста, округи й краю і, зокрема, має об'єднати вузько-фахові бібліотеки міста зведеними каталогами журналів, а потім і книг (створюючи з них єдиний книжний фонд), взаємним абонементом, єдиною бібліотечною технікою та іншими заходами, постачати книгами пе-

риферійні установи й приїжджих до міста лікарів, використовуючи при цьому фонди інших краєвих бібліотек і УДМБ через міжкраєвий абонемент, всеукраїнський зведений каталог тощо.

6. Бібліотеки ці, як передбачає постанова колеґії НКОЗ з 5 лютого—1930 р., засновується в Києві, Одесі, Дніпропетровському та Донбасі (УДМБ виконує й функції Харківської Краєвої Бібліотеки). Організація їх прискорюється передачею з НКО до НКОЗ мединститутів і бібліотеки яких, поруч з бібліотеками клінічних інститутів і науковими відділами бібліотек саносбудів (Одеса) є природною базою для створення краєвих бібліотек перших трьох міст. Цей засіб, ліквідуючи рівнобіжно так вимушену відомчу замкненість інститутських бібліотек, як і взаємний паралелізм їх у кожному місті, разом з цим дає організаційне оформлення стихійному переростанню їх за межі своїх установ, концентрує їхні штати, кошти, дає им окремі бюджети (держ. і окр.), значно їх збільшуючи. Безперечно при цьому треба цілком забезпечити також інтереси тих інститутів, при яких бібліотеки існували. До краєвих медичних бібліотек мають увійти й медичні відділи універсальних бібліотек (зокрема, кол університетських), якщо такі самі відділи мають інші універсальні бібліотеки міста.

7. Дублетний фонд, що утворюється від злиття цих бібліотек, використовується в деякій частині для поповнення баз пошто-абонементу, а в більшій частині переходить до розпорядження УДМБ, що комплектує з нього краєву ДМБ в Донбасі й поповнює краєву ДМБ в Дніпропетровському, а решту використовує, як обмінний фонд.

8. Бібліотеки інститутів і великих лікарень міста, працюючи й далі при своїх установах і залежачі від них адміністративно, перебувають разом із цим під керівництвом краєвих ДМБ, зокрема у згаданих у п. 5 формах роботи. Завдання цих бібліотек — обслуговувати не лише персонал своїх установ, а й усіх фахівців, що не можуть задовольнити свої потреби в краєвій ДМБ.

IV. Центральна й краєві науково-книжкові бази

9. (з наказу НКОЗ). „Завдання ЦНКБ є постачати наукові книги засобом пошто-абонементу лікарям, фармацевтам і средньому медперсоналові периферії, насамперед — сел і райміст, а також тих окрміст УСРР, де нема великих медичних бібліотек. ЦНКБ є спільний орган НКОЗ і ВУК МСТ". База працює в щільному контакті з УДМБ, перебуваючи з нею в єдиному віданні й використовує книжний фонд УДМБ. ЦНКБ організовує поруч з краєвими ДМБ краєві бази, керує їхньою роботою й налагоджує взаємний обмін книгами. Краєві бази мають такі ж завдання щодо свого краю й щільно зв'язані з роботою з краєвими ДМБ.

V. Округові філії медичних бібліотек

10. Ці філії мають мінімальні стаціонарні фонди й складаються переважно з надісланих туди на певний термін книг краєвих бібліотек (кільцеві пересувки, колективний абонемент). Філії існують при бібліотеках окрсаносбудів, як науково-медичні їх відділи. Філії одержують каталоги УДМБ, краєвих бібліотек і обслуговують: безпосередньо книгами — медперсонал свого міста й приїжджих з району лікарів: консультацією—усіх лікарів району, надсилаючи їм довідки з каталогів краєвих бібліотек, пересилаючи до ДМБ, в разі потреби, їхні заявки тощо.

VI. Районова мережа

11. Мережа будується відповідно до районових саносбаз або інших раймедсанустанов, де один з лікарів є тоді уповноважений ДМБ. Мережа має ще менший стаціонарний фонд й одержує для медробітників і санкутків (наприклад, у хатах-читальнях) книги ДМБ, проводить листування з ДМБ й окрфілією й ураховує місцевий попит. Медробітники, що працюють по селах, зв'язуються безпосередньо з ДМБ і НКБ (що можуть робити й медробітники рай- та окр. міст) й одержують від них усі потрібні книги й довідки. Лікарі, що виїжджають з великих міст на певний термін до колгоспів, можуть залишати в ДМБ заявки на надсилку їм на ввесь цей термін книжкових новин із цікавих для них тем.

VII. Система пересувних бібліотек

12. УДМБ і краєві ДМБ комплектують пересувні бібліотеки:

а) на ударні теми, б) з різних літературних новин. Бібліотеки ці або висилаються до певних міст на певний термін, або за визначеним маршрутом обходять кілька пунктів (кільцеві пересувки), затримуючись у кожному на невеликій термін. За використання пересувних бібліотек слідкують окрфілії й раймережа.

VIII. Перегляд бібліотек медустанов УСРР

13. Всі медустанови УСРР повинні протягом місяця переглянути свої бібліотеки й вилучити з них: а) ідеологічно-ворожу літературу; б) устарілі книги (здебільшого такі, що

їх протягом останніх 2 років не читали); в) книги не з фаху установи; г) зайві дублети. Персональна відповідальність за належне переведення перегляду й залишення в бібліотеці лише дійсно потрібних для роботи установи книг покладається на завідувача цієї установи. Всі вилучені книги треба відправляти поштою зараз же по закінченні вилучення на адресу УДМБ або краєвих ДМБ.

146. ПРО ПІДСИЛЕННЯ ДОГЛЯДУ САНІТАРНОГО СТАНУ ГУРТОЖИТКІВ

До всіх окрздоровінспектур, копія до Медсанупрів, НКОЗ АМСРР, Вінницького та Зінов'їївського ОВК й міськсанепідів

(*Окремо не надіслано*)

З матеріялів, що є в розпорядженні НКОЗУ, санітарний стан гуртожитків постійних і сезонових робітників так по містах, робселищах, як і радгоспах і колгоспах, надто незадовільний: помешкання переповнені мешканцями, вохкі, забруднені, своєчасно не прибіраються, майже не провітрюються; здебільшого приміщення гуртожитків не постачано питтєвою водою доброї якости, не мають плювачок; постільних речей своєчасно не видається й не змінюється, брудна білизна міститься разом із чистим одягом і іншими речами, немає шафок для різних речей тощо.

До всього цього більшість гуртожитків, особливо для сезонових і будівельних робітників споруджується в санітарному розумінні надто незадовільно; отиньковується, заселюється до присихання стін, а території садиб утримується з санітарного боку зовсім кепсько.

Такий стан гуртожитків, утворюючи неприпустимі антисанітарні умови культурно-побутового обслуговування робітників, разом із тим, безумовно, сприяє поширенню побутових захворувань серед робітників й загрожує виникненням різних епідемічних захворувань.

Проте, окрздоровінспектури, не зважаючи на низку раніш даних з боку НКОЗУ директив, не вжили відповідних заходів до плянового посилення й піднесення догляду санітарного стану гуртожитків, обмежуючись здебільшого лише констатуванням в актах антисанітарних фактів, не вимагаючи від відповідних госпорганів і не примушуючи їх здійснювати в певний строк потрібних заходів щодо впорядкування й поліпшення стану гуртожитків.

Вважаючи надалі такий стан справи за неприпустимий, щоб поліпшити й піднести на належний рівень сан. побутові умови робітників, що мешкають по гуртожитках, Наркомздоров'я пропонує вам:

1. Звернути найпильнішу увагу, щоб негайно усунути перелічені недоліки та щоб як слід утримувалися гуртожитки по містах, селищах, радгоспах і колгоспах так для постійних, як і сезонових робітників, вживши всіх заходів, щоб вимоги сандогляду здійснювалися напевно в визначений строк, при чому в разі невиконання госпорганами вимог санітарного догляду, на підставі чинного санітарного законодавства, обов'язково негайно притягати винних у цьому до відповідальности.

2. Разом із тим, не обмежуючись передачею справ до судових органів та інш. організацій, своєчасно доповідати відповідним РВК'ам, радам, спілкам, про сан. стан гуртожитків та заходи, що їх потрібно вжити для поліпшення його, одночасно інформуючи про заходи, що вживають госпоргани та взагалі про їхнє ставлення до цієї справи.

3. Взагалі навколо питань піднесення санітарних і житлопобутових умов по гуртожитках максимально зосередити увагу всіх громадських і професійних організацій, здоровосередків, притягуючи їх не лише до обслідувань та нарад у цій справі, а, головно, до здійснення постійного догляду утримання гуртожитків.

4. Здійснюючи сандогляд, використовувати методи соціялістичного змагання на ліпший сан. стан гуртожитків, втягуючи до змагання гуртожитки міста, селища та соц. сектори села (радгоспи, колгоспи), покладаючи шефство над ними на здоровосередки, сан. впорядкувальні комісії при пос. сільрадах.

На виконання цієї директиви ОЗІ повинні скласти відповідного пляну впорядкування гуртожитків, що є на терені даної округи, для чого треба:

1. Терміново провести обслідування всіх гуртожитків.
2. Скласти перелік вимог та заходів, що госпоргани повинні здійснити на впорядкування їх та утримування в належному санітарному стані.
3. Надати певний строк на виконання госпорганами всіх потрібних заходів.
4. Встановити осіб, що постійно відповідають за належне утримання їх та до яких належить подавати вимоги санітарного догляду.
5. Встановити пляновий календар відвідування санітарним доглядом гуртожитків.

6. Завести по всіх гуртожитках санітарну книжку, до якої записувати всі зауваження й вимоги, що виявлятимуться підчас одвідування їх.

7. Взяти на облік всі наявні гуртожитки й запропонувати госпорганам обов'язково сповіщати про передбачення щодо відкриття чи збудування нових гуртожитків.

8. Відповідно до цієї директиви та виданих НКОЗУ та НКВнусправ „сантехправил утримання жилих приміщень" розробити і видати через окрвиконкоми обов'язкові постанови і правила утримання гуртожитків та їх садиб.

Пропонується не пізніше, як через 2 декади після одержання цього листа сповістити НКОЗУ про вжиті вами заходи та досягнені наслідки.

Наркомздоров'я *Канторович*
За зав. орг. інстр. від. *Рапопорт*
Зав. сан. епід. від. *Марзеев*

(Об. розп. НКОЗУ Ч. 29 з 18 травня 1930 р.)

147. ПРО РОБОТУ ПРОМСАНЛІКАРІВ

До всіх окрздоровінспектур, копія до НКОЗ АМСРР

(*Окремо не надіслано*)

Щоб уточнити роботу промсанлікарів і точно визначити межі й коло їхніх обов'язків, НКЗдоров'я пропонує:

I. В частині організаційній:

1. У всіх округах виділити старших промсанлікарів, які, перебуваючи в складі санепідів і працюючи під їхнім загальним керівництвом, безпосередньо підлягають промсанбюру Санепіду НКОЗ щодо оперативної діяльности. Старші промсанлікарі в округах затверджуються Наркомздоров'я. Одночасно старші промсанлікарі призначаються за завідувачів профдиспансерів, де такі є. Старші промсанлікарі безпосередньо керують промсанлікарнями округи, направляють і контролюють їхню роботу.

2. Промислово-санітарна організація округи в сучасний момент повинна охопити своїм штатом найбільш важливі підприємства округи; у майбутньому ж, після збільшення штату, промсанорганізація повинна охопити всі великі й середні підприємства округи, розподіливши останню на райони за нормами, які своєчасно надішле НКОЗ.

3. Промсанлікарі лише обслуговують промисловість і не займаються загально-санітарними питаннями; проте, за відсутність загального санітарного догляду й за дозволенням Санепіду НКОЗ, можуть обслуговувати безпосередній побутовий стан робочих.

4. Районові промсанлікарі надсилають щомісяця звіти про наслідки своєї діяльности старшому промсанлікареві округи; останній надсилає доповідь про діяльність промсанорганізації округи до промсанбюра санепіду НКОЗ двічі на рік, не пізніш 10 квітня й 10 жовтня.

II. В частині методи роботи.

5. Основні завдання промсанорганізації є вивчення причин профзахворуваности й боротьба проти неї, а тому вихідна точка в роботі промсанлікаря є передусім захворуваність і на базі вивчення її — вживання відповідних заходів профборотьби з нею.

Для здійснення цієї мети промсанлікар повинен, передусім, мати щільний зв'язок з лікпрофустановами (медпунктом, поліклінікою, лікарнею), які всіма засобами сприяють йому у виявленні захворуваности гуртків робочих, заздалегідь намічених промсанлікарем, при чому форма й метода виявлення (розроблюється поки що на місцях) повинна бути така гнучка, щоб своєчасно можна було б сигналізувати про небезпечні місця на підприємстві.

6. Для переведення оздоровних заходів, намічених на основі вивчення причин захворуваности, промсанлікарі повинні мати щільний зв'язок, з одного боку, з органами охорони праці і профорганізаціями (комісії охорони праці), а, з другого боку—з управлінням підприємства (від. економіки праці). Через ці організації промсанлікарі, як консультанти, провадять свої оздоровні заходи як малі, так і великі, вносячи останні через управління підприємств до промфінпланів капітальних заходів щодо оздоровлення праці для погодження з органами праці.

Списки й кошториси капітальних заходів у міру їх складання старші промсанлікарі надсилають до промсанбюра санепіду НКОЗ, щоб останнє мало змогу взяти участь в обговоренні й затвердженні їх у центральних відповідних організаціях.

7. Крім того, щільний зв'язок із відділом економіки праці повинен також мати й другу мету—це використання технічної компетенції, яка дуже потрібна в роботі промсанлікаря, у формі консультації, а також у формі постановки спільних дослідних робіт на підприємстві.

III. В частині найближчих завдань

8. У своїй дослідній роботі промсанлікарі повинні ставити перед собою конкретні завдання, наслідками яких були б конкретні практичні заходи щодо боротьби із захворуваністю. Чергові завдання в діяльності промсанлікарів у сучасний момент як у промисловості, так і в сільському господарстві, є:

а) точний облік профотруєнь й профзахворувань, розслідування їхніх причин та переведення відповідних заходів оздоровлення;

б) організація своєчасного медогляду робітників шкідливих професій (за списком НКП й НКЗ), збирання матеріялів, оглядів для вивчення й послідовного попередження захворувань;

в) виявлення інших професійних гуртків, що дають підвищену й специфічну захворуваність;

г) точний облік і вивчення причин масового травматизму також і без втрати працездатности й переведення відповідних заходів попередження;

д) складання професіограм поглибленого характеру, маючи на меті збирання матеріялу для правильної постановки профдобору;

е) вивчання ефективности заходів в галузі оздоровлення праці через запровадження різних досліджень, особливо обліку продукційности праці й порівняльного вивчення захворуваности;

ж) як ударну роботу, поставити собі за завдання вивчати використування обідньої перерви робітниками, маючи на меті послідовно забезпечити робітниками дійсний відпочинок у цю годину.

Вищезазначені чергові завдання не виключають безперечної потреби провадити повсякденну поточну роботу, що покладається на промсанлікарів відповідною інструкцією НКОЗУ.

9. Провадячи поглиблені дослідження, промсанлікарі в питаннях методики звертаються до відповідних інститутів патології та гігієни праці через старших промсанлікарів, які одночасно повідомляють про це промсанбюро Санепіду НКОЗ.

10. Про цей обіжник оповістити всіх промсанлікарів та робітників профдиспансерів, у відповідній частині перевести його в життя на протязі однієї декади з моменту одержання на місцях. Про виконання повідомити НКОЗ.

Плян робіт промсанлікарів і профдиспансерів на останні 4 місяці 1929-30 р. переробити відповідно до вищенаведених чергових завдань, коли він не відповідає їм, та надіслати на затвердження до НКОЗ.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович* Зав. санепід. відд. *Марзеєв*

(Об. розп. НКОЗ Ч. 31/1 з 20 травня 1930 р.)

148. ПРО ПЕРЕБУДУВАННЯ СТРУКТУРИ І РОБОТИ ПРОФДИСПАНСЕРІВ.

До всіх окрздоровінспектур *), Зінов'ївського та Вінницького ОВК.

(*Окремо не надіслано*)

Додаючи до цього резолюцію наради інститутів патології та гігієни праці й профдиспансерів на доповідь „Про організаційні форми та побудування роботи профдиспансерів", Наркомздоров'я звертає увагу окрздоровінспектур тих округ, де існують профдиспансери, на потрібність приступити негайно до перебудування структури й роботи таких, згідно з резолюцією.

Своїм обіжником до окрздоровінспектур з 20 жовтня 1929 р. Наркомздоров'я конкретно дає вказівки про ставлення до боротьби з профзахоруванням та ролю промсанлікарів у цій галузі.

Проте треба, щоб в маштабі округи була установа, яка б мала можливість керувати цією роботою, мала досить улаштовану ляботаторну базу та, за змогою робітників всіх фахів, що потрібні в боротьбі з профзахоруванням.

Залишаючи безпосереднє керівництво роботою промсанлікарів за ст. промсанлікарем округи (який одночасно є зав. окрпрофзахбюро), треба

*) Де є профдиспансери та такі намічено, а також до відома решти ОЗІ.

підкреслити, що керівництво провадитиметься на ґрунті роботи окрпрофзахбюра в цілому й зокрема промсанвідділку.

Промсанвідділок є центральною частиною окрпрофзахбюра, й тому треба зосереджувати в ньому об'єднання плянової й біжучої роботи промсанлікарів на підприємстві, забезпечувати промсанлікарів потрібними в їхній роботі апаратурою, інструментарієм, та ляборатoрними дослідженнями й синтезувати наслідки досліджень і окремих відділків окрпрофбюра.

НКОЗ відзначає, що досі окрздоровінспектури дуже мало сприяли окрпрофбюру (кол. профдиспансер) в посиленні його відповідними фахівцями, розгортанню роботи та посиленню його авторитету.

Треба, щоб уже з майбутнього року окрпрофзахбюро було забезпечено всіма потрібними фахівцями, було досить улаштовано відповідною апаратурою, струментом та щоб воно мало достатнє приміщення.

Зокрема треба:

1. Щоб у складі промсанвідділу були досить улаштовані профгігієнічна ляборатoрія й ляборатoрія з фізіології праці та щоб до складу його увіходив інженер.

2. Треба зміцнити статвідділок окрпрофзахбюра. Останній повинен охопити ввесь первісний матеріял щодо профзахорувань, профотруїння та промтравматизм всієї округи, треба, щоб робота статвідділку не носила, як правило, функцій загальних поглиблених статистичних досліджень, а відповідала на запитання, що виникають у повсякденній практиці промсанлікаря та щоб на підставі статистичних матеріялів можна було б висувати ті або інші пропозиції та конкретні заходи щодо боротьби з профзахоруванням, профотруїнням та травматизмом на тому чи іншому заводі цеху, або майстерні, цебто, щоб матеріяли, що є наслідком статистичної роботи мали суто-практичний напрямок, зв'язаний з окремими завданнями профзахбюра.

3. Окрздоровінспектури повинні вжити заходів до того, щоб усі лікувально-профілактичні установи, які обслуговують робітників, додержувалися інструктажу профзахбюра в частині реєстрації профзахорувань, профотруїнь та промтравматизму. Взагалі, керівництво реєстрацією цих випадків покладається на статвідділок окрпрофзахбюра.

4. Треба підкреслити, що масові огляди робітників, диспансеризацію і т. інш. провадить поліклініка або єдиний диспансер.

За профзахбюром (клінічно-обслідувальний відділок), залишається методологічне керівництво цією роботою в напрямку выявлення профзахорувань, профотруїнь, консультаційна допомога окремим фахівцям поліклініки й т. інш. по всій окрузі.

Для цього в клініко-обслідувальному відділку треба мати досить компетентного фахівця - профпатолога, який здійснював би цю роботу за допомогою консультантів з окремих клінічних фахів та зв'язував щільно свою роботу з іншими відділами профзахбюра.

У тих округах, де поруч окрпрофзахбюра існують інститути патології та гігієни праці, окрпрофзахбюро утворюється поза складом інституту. Окрпрофзахбюро в таких випадках існують самостійно, як окремі установи окрздоровінспектур (окрсанепід), із своїми власними практичними завданнями, як і в тих округах, де інститутів нема.

Проте треба підкреслити, що керівництво, консультацію та контролю в напрямку науково-методологічному з боку інститутів патології та гігієни праці треба значно зміцнити та посилити. До цього часу такий зв'язок був дуже кепський та, замість науково-метологічного керівництва, він

здійснювався напрямком затвердження плянів робіт та в деяких місцях— втручання інституту в оперативну роботу окрпрофзахбюра.

Треба, щоб окрпрофзахбюро працювало досить самостійно, відповідало за свою роботу, а з боку інституту вимагало досить активного науково-методологічного керівництва.

Нарешті, Наркомздоров'я звертає увагу окрздоровінспектур на те, що перед окрпрофзахбюром стоять величезні завдання в галузі боротьби з профзахоруванням. Безпосередньо робота його, а також керівництво в цій царині всіма поліклініками й єдиними диспансерами повинні дати значні наслідки дійсного оздоровлення праці.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

За зав. орг. інстр. відділу *Рапопорт*

Зав. сан. епід. відділу *Марзеев*

(Об. розп. НКОЗ з 23 травня 1930 р. ч. 31).

Ствердив член колегії НКОЗ тов. Хармандар'ян Г. І.

РЕЗОЛЮЦІЯ

на доповідь „про організаційні форми та побудування роботи профдиспансерів"

Нарада констатує, що:

1. Диспансери, що вивчають та ведуть боротьбу з профзахворуваннями, довели потребу та важливість свого існування.

2. Проте, треба констатувати, що окремі профдиспансери у своїй діяльності не зовсім конкретно підійшли до практичного здійснення завдань по вивченню та боротьбі з профзахворуваннями.

3. Профдиспансери працювали лише в межах вузької ділянки, району свого перебування й не охоплювали всієї округи.

4. В зв'язку з утворенням єдиного диспансеру, по деяких округах цілком неправильно узяли курс на ліквідацію окрпрофдиспансерів, як самостійних установ зі своїми власними завданнями.

5. Деякі профдиспансери недосить притягали промсанлікарів до загальної роботи по виявленню та боротьбі з профзахворуваннями та зовсім не керували їх роботою.

6. Методологічне керування з боку інститутів патології та гігієни праці було недостатнє, не постійне та мало випадковий характер.

Усі ці хиби та помилки, допущені на місцях, є наслідок не тільки об'єктивних обставин, а також різного розуміння окрздоровінспектур, що розглядали профдиспансер, у одному випадкові, як науково-дослідчу установу й в іншому, як установу з однаковими функціями з туб.- і вен. диспансерами.

Надалі рада вважає, що:

1. Специфічність роботи щодо виявлення профпатології та причин, що її обумовлюють, надзвичайна складність пророблення оздоровних заходів — диктує потребу, все ж таки, зосередити ці функції в окружному профдиспансері, переназвавши його в окружне бюро по виявленню та боротьбі з профзахворуванням (окрпрофзахбюро).

2. Потреба вирішення цих питань у маштабі більшому, ніж район, що його обслуговує єдиний диспансер, який побудований на принципі максимального наближення до населення, обумовлює потребу організації окрпрофзахбюра поза межами єдиного диспансеру як установи.

3. Окрпрофзахбюро мусить об'єднувати діяльність єдиних диспансерів в галузі виявлення та боротьби з профзахворуванням всієї округи. В районовому ж єдиному диспансері треба організувати для проведення цієї роботи в свойому районі, кабінети профпатології в складі санітарних відділів єдиних диспансерів, на чолі яких є промсанлікар, які й мусять працювати під керівництвом окрпрофзахбюра.

4. Основною частиною окрпрофзахбюра є промислово-санітарний відділок, до складу якого входять промсанлікарі підприємств всієї округи та профгігієнічна лябораторія. Промсанвідділок керує роботою промсанлікарів та має лябораторну базу для гігієнічних досліджень промсанлікарів.

5. Промсанлікарі беруть активну участь в роботі єдиного диспансеру в галузі організації та проведення роботи по виявленню профзахворувань та щодо усуненню причин. що їх викликають на тих підприємствах, де вони працюють,

6. Статистичний відділок, що керує обліком і реєстрацією профзахворуваности, профотруїнь та промтравматизму по єдиних диспансерах округи, розроблює весь цей матеріял всієї округи, опрацовує матеріял загальної захворувальности окремих професійних груп робітників; розроблює санітарно-клінічні журнали по диспансеризації робітників; розроблює матеріяли по профінвалідности та смертности окремих професійних груп. Крім того, на статистичний відділок треба покласти облік усіх шкідливих професій в окрузі.

7. Треба, щоб статвідділ мав потрібну кількість робітників, які б могли охопити весь цей матеріял по основних галузях промисловости всієї округи та своєчасно його розроблювали.

8. Систематичне виявлення профзахворувань, масові поліклінічні медобслідування робітників окремих професій провадять лікувально - профілактичні кабінети єдиного диспансера. За клінікообслідч. відділком окрпрофзахбюра залишається методичне керівництво цією роботою через кабінети профпатології єдиного диспансеру.

9. Клінічно-обслідчий відділок крім цих функцій, має своїм завданням:

а) діягностику окремих випадків профзахворувань та профотруїнь на запитаннях єдиного диспансеру, інших установ і окремих лікарів;

б) поглиблення досліження окремих робітників особливо шкідливих професійних груп;і

в) виявлення механізму впливу шкідливостей виробничо-трудового процесу на окрем органи й систему організму робітника;

г) аналізу захворуваности по статистичних матеріялах сумісно зі статвідділом;

д) участь в експертизі витрати працездатности по питаннях, що зв'язані з профпатологією і профінвалідністю.

10. Роботу по профдобору та профконсультації окрпрофзахбюро мусить провадити в напрямкові керівництва такою в кабінетах по профдобіру й профконсультації єдиних диспансерів.

11. Функції відділу профдобіру й профконсультації окрпрофзахбюра є такі:

а) організація профдобіру й профконсульт. в єдиних диспансерах;

б) методологічне керівництво роботою єдиного диспансеру;

в) вирішення питань профпридатности;

г) облік роботи по профдобору й профконсультації;

д) складання протипоказів для окремих детальних професій на підставі професіограм, що їх складає промсанбюро.

В єдиних диспансерах треба зосередити всю практичну роботу в цій галузі. Проте, треба, щоб в відділкові профдобору й профконсультації окрпрофзахбюра також провадилась практична робота для окремих випадків профдобору.

12. Для виявлення ролі стану технічного улаштування підприємства, як етіологічного фактора профзахворувань та профтравматизму та щоб правильно розробляти належні оздоровні, захід в цій галузі, окрпрофзахбюро повинно мати в своєму складі технічну компетенцію.

13. Будучи лише частиною в справі санітарної роботи, окрпрофзахбюро мусить мати щільний зв'зок в своїй оздоровній роботі з іншими санітарними установами (санбаклябораторії, санлікарі) і одночасно з утворенням округжних санітарних станцій, окрпрофзахбюра повинні входити до складу окружних станцій, які, очевидячки, будуть керувати всією роботою єдиних диспансерів санітарно-оздоровній галузі.

14. Нарада підкреслює, що робота окрпрофзахбюра повинна бути суто - практичною та повинна відповідати на запитання промисловости в галузі промислових заходів щодо оздоровлення праці. Успіх цієї роботи залежить від участи всієї маси лікарів єдиних диспансерів, озброєних знаннями профпатології й профгігієни й таких, що провадять свою роботу на підставі соціяльно-профілактичної медицини.

15. Роля окрпрофзахбюра в цьому повинна бути така:

а) Втягнення лікарів до сфери питань профпатології, що ставлять перед ними певні проблеми;

б) об'єднання цієї роботи та методології такої;

в) організація спеціяльних досліджень;

г) синтезування явищ (захворуваність, умови праці й побуту) та опрацювання на підставі синтези оздоровних заходів.

Розгортання мережі єдиних диспансерів та пристосувань їх до перелічених функцій є процес дуже довгий, але ж треба сказати, що в міру розвитку цього процесу, обслідування треба буде переводити безпосередньо єдиними диспансерами, тоді за окрпрофзахбюром залишаться функції синтезу, об'єднання та керівництва.

16. Нарада підкреслює, що керівництво такою великою галуззю, як боротьба з профзахворуванням й травматизмом можна правильно й доцільно здійснити лише при наявності установи, що має постійну ляб ораторну базу й низку ріжних компетенцій (гігієнічну, технічну, клінічну).

17. Нарада вважає за потрібне посилити зв'язок інститутів патології й гігієни праці з окрпрофзахбюрами, зміцнивши методологічне керівництво інститутів.

18. Для щільного зв'язку з органами, що зацікавлені справою боротьби з профзахворуваннями, Нарада вважає за доцільне організувати при окрпрофзахбюрі Раду з представників органів праці, страхкаси, профспілкових та госпорганізацій.

19. Нарада вважає за потрібне поставити перед НКОЗдоров'я питання про підготовку кадрів промсанлікарів, профпатологів та лікарів по профотбору. Дуже критичне становище на цей час в зв'язку з відсутністю робітників в цих галузях й з великою потребою в них по промислових округах викликає потребу почати підготовку їх ще цього року.

20. Нарада відмічає, що окрздоровінспектури не надають належної уваги розвиткові діяльности профдиспансерів; ОЗІ недосить керуються практичною роботою профдиспансерів, асигнування, що їх виділяється для профдиспансерів, недостатні і, безумовно, вимагають збільшення.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ВІДДІЛІВ

1. Про стан охорони здоров'я в Конотопській окрузі

(доповідачі: окрздоровінспектор т. Михайлов та інспектор—інструктор НКОЗУ т. Дєдов-Назрицький).

Колегія визначила, що поруч незначних досягнень останнього року, в роботі Конотопської ОЗІ й стані охорони здоров'я на Конотопщині є багато недоліків, як от (зазначаємо найголовніші):

1. Недосить розгорнено самодіяльність трудящих в справах охорони здоров'я (кволо або зовсім не працюють КОПП'и сільсанкомісії в районах, тощо)

2. Недосить розгорнено роботу щодо соцзмагання та ударництва,

3. Недосить вкорінено принципи одноначальности по лік. санустановах.

4. Кволо провадиться робота щодо раціоналізації, піднесення дисципліни в установах округи.

5. Бракує транспорту майже в усіх амбуляторних дільницях по районах, а це дуже відбивається на обслуговуванні меддопомогою соцсектора села.

6. Ще високий відсоток фельдшерської допомоги по амбуляторіях, що сягає 43%, а допомога вдома 56%.

7. Недосить шпіталізовано хворих на висипний тиф підчас вибуху епідемії в лютому — березні 1930 р. тоді, як водночас було недовантажено ліжка по сільських лікарнях.

8. Недосить обладнано окрполіклініку, окружну амбуляторію та установи охматдиту.

9. Загальний санітарний стан округи тяжкий, що характеризується зменшенням природного приросту населення, збільшенням смертности, зокрема дитячої — від інфекцій.

10. Зменшилася питома вага бюджету охорони здоров'я в загально-окружному бюджеті з 11,3%, що було 1928-29 року, до 10,4% — на 1929-30 рік.

Отже, колегія склала окрздоровінспектурі багато пропозицій, з яких зазначаємо такі:

1. Окрздоровінспектурі в своїй роботі щодо амбуляторно-поліклінічної допомоги належить керуватися таким:

а) вжити потрібних заходів, щоб знизити значний відсоток фельдшерської допомоги, поповнивши лікарські кадри й розподіливши раціонально лікарів по всій окрузі,

б) прискорити організацію поліклінік у промислових районах округи,

в) скласти плян щодо охоплення диспансеризацією всіх робітників шкідливих цехів мех. заводу в Конотопі та цукроварень округи,

г) щоб краще обслуговувати соцсектор села — треба ОЗ рішуче вимагати від ОВК забезпечення транспортом усіх медичних дільниць округи,

д) активізувати роботу КОПП'ів, сільсанкомісій, встановивши дійсний зв'язок зо всіма елементами суспільности. Утворити комісію робітничого сприяння роботі ОЗІ, а також взяти шефство над великим радгоспом.

2. Щодо ліжкової допомоги ОЗІ треба таке:

а) вжити відповідних заходів (вивчивши завчасно це питання), щоб зменшити недовантаження ліжок,

б) замість передбаченої поліклініки, будувати лікарню, насамперед інфекційний відділ — вже цього року, згідно з директивами НКОЗУ,

в) вже цього бюджетового року розпочати по деяких промислових районах будування інфекційних бараків коштом господарчих підприємств та райвик'ів, зокрема домагаючись, щоб цукротрест своєчасно відрахував, згідно з постановою Уряду потрібні протиепідемічні кошти.

3. Відкрити медпрофшколу в Конотопі.

4. Запропонувати ОЗІ, щоб було опрацьовано конкретний плян забезпечення соцсектора села лазнями, пральнями та підвищено взагалі санітарно-гігієнічні умови народнього харчування.

2. Про раціоналізацію обліку й звітности

(*Із наказу Наркома охор. Здоров'я з 24 травня 1930 р.*)

При бюрі раціоналізації, що при НКОЗ утворено постійну комісію в питаннях раціоналізації обліку й звітности.

1. Централізована контроля запровадження системи звітности, що встановлює НК РСІ.
2. Раціоналізація обліку й звітности місцевих органів НКОЗ.
3. Перегляд звітних вимог центру від периферії (в розумінні спрощення та пристосування до первісного обліку).
4. Ув'язування державної статистики з відомчою.
5. Перегляд первісної документації в розумінні спрощення її, встановлення стандартів тощо.
6. перегляд обліку, щоб забезпечити своєчасне й належне відображення в ньому процесів роботи НКОЗ (маючи на меті зменшити витрати на обліково-рахівничий апарат).

На чолі комісії настановлено заступника Наркома тов. Нагорного В. В.

До роботи притягуватимуться робітники частин НКОЗ, інститутів, місцевих установ тощо.

3. Про медично-санітарне обслуговування транспортового населення Південно-Західн. залізниць

На доповідь нач. МСУ П-З. зал. тов. Музиченка Колеґія НКОЗ ухвалила низку пропозицій, з яких наводимо тут найголовніші.

Колеґія констатувала, що останнім часом апарат МСУ в своїй щоденній роботі перейшов на більшу чіткість і пляновість. У роботі є досягнення в справі втягування до неї широких мас так транспортного населення, як і медробітників зокрема (організація консультаційного бюра, утворення контролі виконання директивних розпоряджень, запровадження районових конференцій медробітників та робочого активу тощо).

У справі виконання постанов ЦК ВКП щодо клясового підходу в медобслуговуванні, МСУ має значні успіхи, як-от:

а) збільшено кількість медпунктів на підприємствах; ними забезпечено вже 87% всіх підприємств;

б) найкращих фахівців напрямлено на забезпечення установ, що обслуговують основні виробництва. Цей захід проведено в Київі, Одесі, а також частково й на периферії;

в) збільшено відсоток робітників, що їм надано спеціяльні види меддопомоги з 25 до 65% в стаціонарі та з 55 до 55%—в амбуляторії. Питома вага дітей робітниць по яслах збільшилася з 60 до 90%;

г) задовільно проведено перехід медсанустанов на безперервну роботу, чим поліпшено обслуговування основних підприємств;

д) в установи МСУ висунено певну кількість робітників від варстату.

МСУ вжило значних заходів до профілактизації лікувальної допомоги: у Києві та Одесі розгорнуто плянову диспансеризацію робітників, диспансеризується школярів та учнів ФЗУ; по великих підприємствах розпочали систематичну санцію ротової дуплини. Роботу медпунктів спрямовано на профілактизацію її.

МСУ спромоглося збільшити охоплення народжених дітей консультаціями з 50 до 75%.

МСУ склало п'ятирічний плян оздоровних заходів на транспорті.

Із недоліків в роботі МСУ Колеґія відзначила такі

1. Недосить втягнено в справу здоровохорони робітничий актив на периферії.
2. Созмагання, як фактор поліпшення медсанроботи, неповністю використовується на місцях.
3. П'ятирічний плян охорони здоров'я, що опрацювало МСУ, недосить ув'язано з теріторіяльними ОЗУ, зокрема щодо будівництва.
4. Справа боротьби з вензахоруваннями на периферії не опанувала належного їй місця. Не досить розгорнено на периферії мережу установ, що провадять боротьбу з венеризмом.
5. Теперішній санітарний стан залізниць і водних шляхів ще незадовільний. На вокзалах та інш. приміщеннях бракує, належного устаткування; буфети є в незадовільному стані, фактично перетворившись в їдальні місцевого значіння.
5. МСУ не вжило всіх можливих заходів, щоб своєчасно та за прямим призначенням використати спеціяльні асигнування Наркомшляхів на протиепідемічні заходи.

Із пропозицій НКОЗУ:

1. Медично санітарному Управлінню П-З. зал. треба розгорнути навколо питань охорони здоров'я рішучих заходів, зокрема щодо пожвавлення роботи КОПп'ів, організації робітничої контролі тощо.
2. Ще поглибити роботу щодо запровадження чіткої клясової лінії, зокрема щодо надання спецвидів допомоги.
3. Посилити запровадження соцзмагання по медсанустановах периферії, забезпечивши облік та контролю виконання договорів на змагання.
4. Прискорити остаточний перевід центральних поліклінік у Києві та Одесі на систему єдиного диспансера, при чому, утворюючи такі диспансери, передбачити організацію наркодиспансерів.
5. Прискорити запровадження наркодиспансеризації робітників та фабзавучників по всіх лінійних поліклініках.
6. Зважаючи на те, що окрздоровінспектури та окремі інститути не виконують директив НКОЗ щодо обслуговування транспортників, запропоновано надалі категорично додержуватись зазначених директив.
7. Визнати за доцільне будування спільно з Уманським ОЗІ лікарні на ст. Христинівка. Транспортовому відділу НКОЗУ запропоновано притягти до будівництва лікарні кошти місцевого бюджету та Цукротресту.
8. Ураховуючи розгортання житлового будівництва на транспорті, треба МСУ домагатися, щоб житлові будинки пристосовувалися до теперішніх завдань колективізації побуту.
9. Охопити дітей робітниць ясельною допомогою, на виконання постанови РНК із розрахунком одного ліжка на 10 робітниць.
10. МСУ мусить негайно використати кошти, що відпустив НКОЗ на протиепідемічні заходи.
11. МСУ повинно вжити заходів, щоб піднести контролю над харчовими установами, дбаючи зокрема про раціоналізацію харчування пересувних бриґад.

Нарешті, колеґія виклала низку пропозицій відділам НКОЗУ, як от:

а) включити до програми Бакінститутів епідеміологію на транспорті;

б) відділу транспортової медицини виділити (передбачити за кошторисом) водносанітарних лікарів в апаратах МСУпрів;

в) відділу транспортової медицини доручено опрацювати питання про медсанобслуговування робітників лісосплаву.

4. Раціональне народнє харчування — в центрі уваги НКОЗ

У Наркомздоров'ї відбулися наради, на яких обговорено та опрацьовано багато заходів щодо раціоналізації народнього харчування.

Наради визнали, що звичайне зростання поживности й калорійности їжі трудящих без потрібного раціоналізування її не може дати належного ефекту в розумінні підвищення енерґоздатности робітників, потрібної витривалости й загального поліпшення стану здоров'я.

Справа раціоналізації народнього харчування набуває тепер у зв'язку з браком деяких харчових продуктів, переважно тваринного походження, особливо важливого значення. НКОЗ спрямовує (поряд загального посилення свого впливу та роботи в галузі народнього харчування, свою роботу в цій галузі на наукове вивчення та обґрунтування питань харчування.

Заходів вжито вже чимало. Багато заходів накреслено:

а) В Одесі мало не півроку існує Інститут харчування, на чолі якого настановлено відомого знавця справ харчування проф. Черкеса. Справу харчування вивчають також інші наукові інститути та заклади, як Біо-Хемічний, Санбакінститути, Інститути Патології та Гігієни Праці. Отже тепер за пропозицією НКОЗ виявляється в працях цих інститутів все можливе та потрібне для використання в майбутньому Всеукраїнському Інституті в справах харчування, що незабаром має відкрити НКОЗ в м. Харкові.

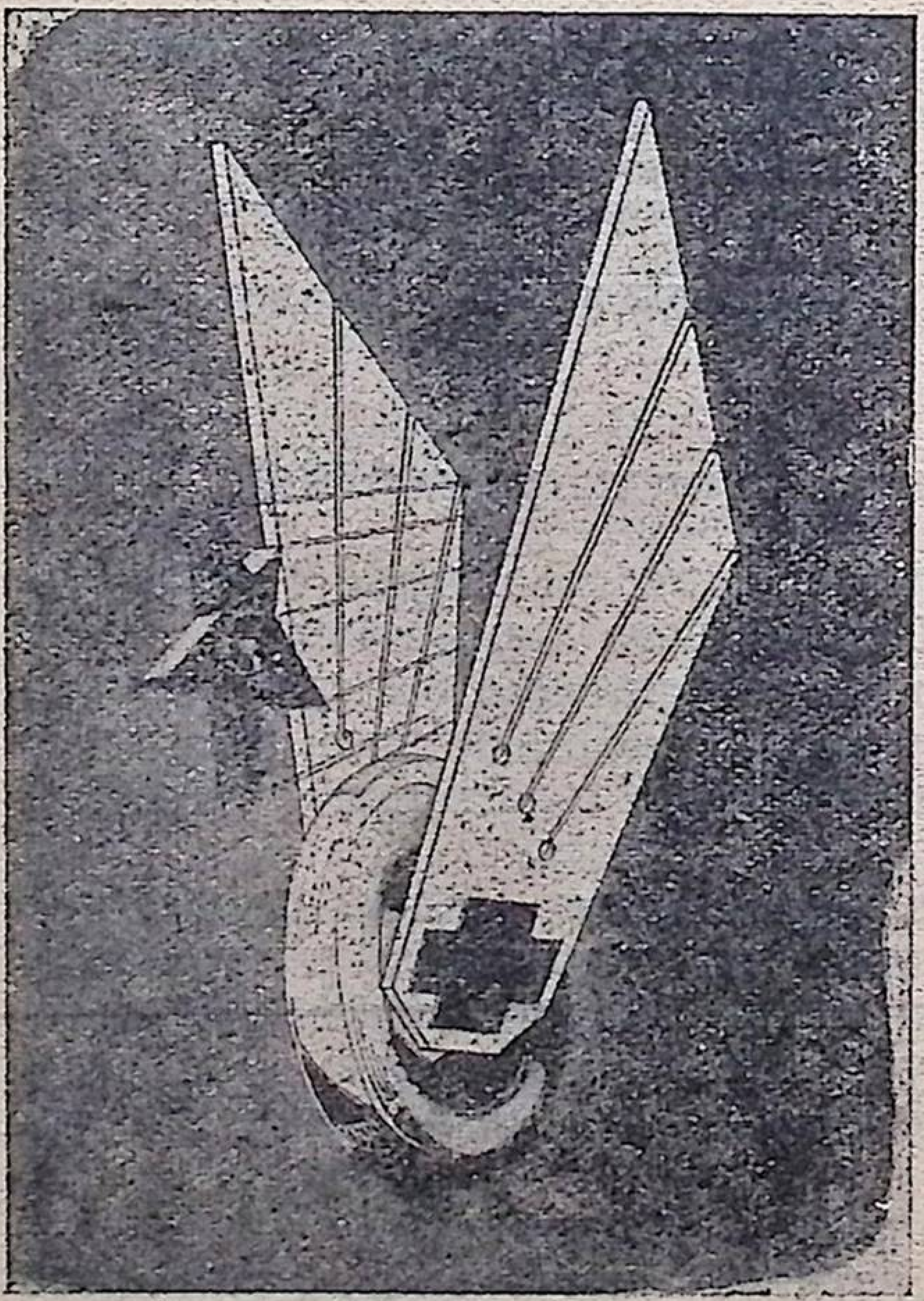
б) НКОЗ замовив через відповідні органи потрібні для Харківського Інституту харчування та Одеського Інституту апаратуру, літературні та наукові підручники.

в) Зважаючи на величезну ролю й значіння в розумінні поживности сої, НКОЗ триматиме щільний зв'язок з Московським Соєвим Інститутом та його філією в Харкові.

Щоб дати змогу всім працівникам у галузі народнього харчування детально вивчати справу соєвих культур та вироблення з них харчових продуктів, НКОЗ передплатив через НКЗаксправ потрібну йому в цій галузі літературу в Америці, Японії та Китаї.

г) НКОЗ передбачає запросити спеціялістів кулінарів з-за кордону. Підвідділ харчування має науково опрацювати питання широкого застосування сої в такий спосіб, щоб забезпечити вже до нового врожаю масове вживання її в народньому харчуванні.

д) Дбаючи про підготовку потрібних кадрів у галузі народнього харчування, фахівців харчової справи та її санітарії, НКОЗ опрацьовує програми та учбові пляни санітарно-гігієнічних факультетів Мед. ВИШів, передбачивши викладання їх достатнім обсягом дисциплін з питань харчування. У хеміко-аналітичному Інституті, що незабаром утворюється в Одесі, виділяється спеціяльний відділ підготування лябораторних щодо досліджування харчових продуктів.



Крім того, найближчим часом НКОЗ організовує в Києві, Одесі, а трохи згодом і в Харкові, курси підготовки лікарів-спеціялістів харчової справи. Певних заходів вживається також і на підготовку сестер дієтетниць і спеціялістів кулінарів для лікувальних установ.

е) Журнал „За здорове харчування", що існує при НКОЗ, реорганізується так, що до його видання притягується Укрнархарч, Наркомторг, робкооперація та ВУРПС. Поруч цього при НКОЗ опрацьовують тепер питання про видання наукового журналу в справі харчування.

5. Значок-емблема, єдиний для станцій швидкої допомоги

На світлині відображено значок-емблему для станцій швидкої допомоги. Емблему ствердив Наркомздоров'я т. Канторович.

Короткий опис емблеми.

а) Крила — білого кольору. Хрест — червоного кольору.

б) Зірка — червона. У середині — серп і молот — золотисті.

в) Автошина — зверху має рожевий блік (виблеск червоної зірки) знизу чорне з сірим.

Цих емблем можна вживати на авто й каретах швидкої допомоги, блянках, кашкетах медперсоналу тощо.

Будь-яких інших емблем надалі вживати не можна.

IV. Різні об'яви та інформації

Привітання Наркомздоров'ю

Телеграма з Одеси на адресу Наркома Охорони Здоров'я т. Канторовіча

Третя крайова конференція при Одеському Тубінституті, що об'єднує протитуберкульозну мережу та робітничо-селянську громадськість одинадцяти округ, палко вітає вас і запевняє в тому, що робота конференції стала за новий стимул для найбільшого напруження сил і знань у справі виконання завдань, що є перед охороною здоров'я в теперішній період соціялістичного будівництва, що провадиться під керівництвом компартії.

Розенбліт

Увага!

СПИС

Лікарів випуску 1929 р., що не з'явилися на роботу, згідно з розподілом, до

1. Уз. ССР	1. Чумак Ольга Іванікіївна
2. Білоцерківської округи	2. Селпейтер Шейна Хаїм-Гелелівна
3. Харківської округи	3. Грінгауз-Бабіч Олена Аронівна
4. Коростенської округи	4. Гармата Семен Фокович
5. Могил.-Подільськ. округи . . .	5. Мислінський Дмитро Доментович
6. Сумської округи.	6. Шипота Леонід Андрійович
	7. Старосін Андрій Ілліч
	8. Корф В. В.

1. Інтерн Мосовіцький самовільно залишив роботу в Волинській окрузі.
2. Кол. інтерн II радлікарні Мезенцова Ганна Дмитровна свавільно залишила роботу в Сталінській Окрузі.
3. Лік. Атрощенко свавільно залишив роботу в Каплун. лікамбуляторії Харк. Округи.
4. Шустер Левенберг лаборант самовільно залишила Уманську Округу й виїхала до Київа.

Вищезазначених осіб згідно з інструкцією НКОЗ, НКПраці та ВУК спілки МСТруд (див. бюлетень НКОЗ ч. 31-33 з 1929 р.) заборонено приймати протягом трьох років на службу в медсанустанови НКОЗ та інші організації, реєструвати в окрздоровінспектурах і біржах праці.

Цих осіб не можна також припускати до підвищення кваліфікації.

Відповідальний редактор *С. І. Канторовіч.*

Укрполіграфоб'єднання. Харків, Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб. Зам. 1444. Прим. 2.800.

[illegible]

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, Картковому репертуарі, та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка“. Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 12-13 | 15 липня 1930 року | № 12-13

ВИПРАВЛЕННЯ ПОМИЛКИ:

У бюлетені ч. 10 на стор. 187, рядок 11-й зверху надруковано, що система споживчої та с.-г. кооперації виділяє на ясли, дитсадки 0,5% від обігу.

Треба — 0,05%.

ЗМІСТ

I. Розпорядження Наркомздоров'я. Організаційна частина. 149. Лист до ОПК та ОЗІ з приводу невиконання постанов ЦК ВКП(б). 150. Про популяризацію постанов ЦК ВКП(б). 151. Про пристосування роботи медсанустанов до умов 7-год. роб. дня. 152. Про взаємне шефство ОЗІ та вироб. підприємств. 153. Про реєстрацію в соц. клясовому розрізі. 154. Про трудові списки. 155. Про окр. комісії боротьби з проституцією (додано положення). 156. Про призначення та звільнення лікарів сільських меддільниць. 157. Про відпустки лікпомам-екстернам. 158. Про профвідпустки лікарів-курсантів. Лік. профілактична частина. 159. Про медобслуговування підчас збору врожаю. 160. Про боротьбу з прогулами, симуляцією й аґравацією. 161. Про заходи боротьби з грибковими захоруваннями. 162. Про утворення трудпрофілакторіїв (додано положення). 163. Про медобслуговування транспортників. 164. Про медсанобслуговування перемінного складу тер. військ. 165. Про запровадження судово-мед. експертиз. Санкультура й побут. 166. Про саносвітроботу підчас жнив. 167. Про збільшення асиґнувань на саносвіту. 168. Про участь ОЗІ у комісіях соц. перебудови побуту. 169. Про розвинення військово-саніт. роботи. 170. Про роботу в галузі фізкультури (додано положення). Сан. епідем. частина. 171. Про заходи боротьби з малярією. 172. Про виявлення й вивчення шкідливих професій. 173. Про боротьбу з черевним тифом. 174. Про заочний медінститут.

II. Із діяльности Наркомздоров'я та його відділів. 1. Нові інститути. 2. Реорганізація шкіл ОХМД. 3. Вінницьку зуботехнічну школу переведено в Одесу. 4. Реорганізація шкіл ОХМД. 5. Про дальші заходи використання медичного персоналу. 6. Проти текучости медперсоналу. 7. Про широку звітність ОЗІ.

III. Різні інформації та об'яви. 1. Про звільнення приміщень медперсоналу від оплати за амортизацію. 2. Про лікарів самозванців та тих, що кинули роботу. 3. Об'яви та привітання НКОЗ.

I. РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я.

149. З приводу невиконання директив ЦК ВКП(б) та НКОЗУ.

До всіх ОПК, копія до всіх окрздоровінспектур.

Спостереження НКОЗ, а також численні матеріяли бриґад, різних обслідувань доводять, що справа виконання директив провідних органів партії та уряду стоїть дуже негаразд.

Найголовніші хиби, загальні майже для всіх ОЗІ, полягають у такому:

1. Постанови ЦК, що відзначили основний напрямок і зміст здоровоохорончої роботи, далеко не всюди й недосить популяризовано серед широких мас трудящих і навіть серед медично-санітарних робітників. Це примусило Колегію НКОЗ тепер знову вжити низку заходів до заповнення цієї найважливішої хиби в роботі ОЗІ. Звичайно, одного розсилання копії директиви на місця далеко недосить.

2. Ще не перебудовано, як слід, всієї практичної роботи в галузі здоровоохорони напрямком чіткішого відбивання в ній клясової пролетарської лінії. Надто мало зроблено в галузі переважного диференційованого обслуговування окремих груп робітництва важкої індустрії, тих, що працюють в шкідливих виробництвах тощо.

Немає відповідного перелому в роботі Дніпропетрівської, Проскурівської, Луганської, Криворізької, Артемівської та інш. окрздоровінспектур.

Того поліпшення щодо перебудови роботи відповідно до завдань реконструктивного періоду, яке спостережено в Києві, Черкасах, Одесі та Сталіні, ще далеко недосить, бо й тут потрібного розвитку цей напрямок роботи ще не набув.

Отже, в питанні клясовости медобслуговування, про що говорять усі директиви НКОЗ, потрібний рішучий злом без будь-яких збочень і загаювань.

3. Дуже незадовільно стоїть справа розгортання мережі пунктів першої допомоги. Це доводять так матеріяли обслідувань, як і доповіді, що заслухала Колегія НКОЗ. Окрздоровінспектури на місцях не приділили цьому найважливішому питанню потрібної уваги, не натискували на госпоргани, щоб останні виконали нарешті директиви вищих органів щодо утворення пунктів першої допомоги. Наркомздоров'я вжив тепер низку рішучих заходів, щоб тут у центрі вплинути на порушників законів і директив у цій справі.

Треба тепер, щоб постанову РНК з 23 лютого 1930 року про поширення пунктів першої допомоги було переведено в життя, і всі підприємства, що мають понад 250 робітників, мусять мати пункти першої допомоги, як слід устатковані та обладнані.

4. Промислові округи досі мало зробили, щоб виправити брак ліжок взагалі, а зокрема їхній розподіл за фахом. Хиби, що є в округах, полягають переважно в неповному використанні ліжок (спостерігається й навпаки: надто швидке виписування хворих, що не цілком одужали, сполучення на близькому віддаленні інфекційних і соматичних ліжок (Луганське, Полтава) тощо.

5. Директива ЦК партії цілком чітко поставила питання про забезпечення неодмінної активної участи суспільности в роботі органів охорони здоров'я. У цій роботі справа стоїть скрізь (за дуже невеликими поодинокими винятками) надто незадовільно.

Дуже великою хибою, що є загальною для всіх окрздоровінспектур, є брак потрібної дисципліни щодо негайного або своєчасного подання потрібних відомостей і вимог НКОЗ.

Це призводить до того, що НКОЗ позбавляється можливости подавати в належні інстанції свої обґрунтовані думки, зауваження та доповіді.

Доводиться часто оперувати дуже незначними даними.

НКОЗ наводить тут декілька прикладів неуважного ставлення до вимог НКОЗ, несвоєчасного подання відповідей або цілковитого невиконання.

. ОЗІ на розпорядження ч. з відповіла лише

На розпорядження ч. з відповіла лише

На розпорядження ч. з відповіла лише *).

Такий порядок є абсолютно неприпустимий надалі, Наркомздоров'я ставить рішуче питання про піднесення службової дисципліни, про скерування всієї уваги на суворе виконання постанови ЦК ВКП(б).

НКОЗ просить ОПК всіляко допомогти окрздоровінспектурі в здійсненні нею найважливіших завдань щодо медсанобслуговування робітників та селян.

Зважаючи на те, що апарат ОЗІ потребує безперечного зміцнення, особливо з боку його якости, НКОЗ просить ОПК допомогти в цій справі. Укомплектування апарату ОЗІ дасть змогу скоріше й чіткіше здійснювати завдання теперішнього й наближчого часу.—НКОЗ знову повторює своє прохання про невпинний догляд роботи ОЗІ та постановку його доповідей на ОПК, ОВК та ОРПС.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*.

Кер. сектора орг. техн. обслуговування *Приходько*.

(Об. розп. НКОЗ ч. 7/2 з 30 червня 1930 р.).

150. Про популяризацію постанови ВКП(б).

До всіх окрздоровінспектур та медсанупрів, до Зінов'ївського й Вінницького ОВК, копія до НКОЗ АМСРР.

Ще в грудні місяці відбулася постанова ЦК ВКП(б) про медичне обслуговування робітників та селян.

Не зважаючи на надзвичайну важливість цієї постанови для всієї справи здоровоохорони, постанова ще зовсім недосить популяризована серед широких кіл робітників та селян.

Випускаючи зараз 25 тисяч відбитків цієї постанови окремою листівкою, Наркомздоров'я пропонує:

1) широко розповсюдити цю листівку по медсанустановах, підприємствах, клюбах та сельбудах,

2) організувати обговорення постанови на робітничих та селянських зборах, на зборах активу,

3) через місцеву пресу, через радіо-станції, трансляційні вузли розпочати тлумачення окремих пактів постанови,

4) мобілізувати робітничу та селянську суспільність для перевірки виконання органами здоровоохорони на місцях пропозицій постанови,

5) утворити низку доповідей так у місті, як і на селі про стан та роботу місцевих закладів здоровоохорони, притягнувши до обговорення доповідей якнайширші шари робітників та селянства, утворюючи такі

*) У розпорядженнях було зазначено, які саме відповіді кожна ОЗІ загаяла або зовсім не подала

спільні конференції в робітничих клюбах, сельбудах, будинках саносу.

Треба вжити найрішучіших та термінових заходів, щоб постанова партії була відома кожному робітникові та селянинові, щоб це сприяло переведенню в життя органами здоровоохорони — чіткої клясової лінії, щоб на базі цієї постанови при найближчій участі робітництва й селянства збудувати здібну до реконструктивної доби організацію здоровоохорони.

Про переведену роботу треба повідомити до 15 липня 1930 р.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. сектора науки та санкультури *Ліфшиц.*

(Об. розпор. НКОЗ ч. 41/1 з 15 червня 1930 р.).

151. Про пристосування роботи медсанустанов до умов 7-годинного робітного дня.

До всіх окрздоровінспектур, Вінницького та Зінов'ївського ОВК'ів. Копія до НКОЗ АМСРР.

Обслуговування підприємств, що перейшли на 7-годинний робітний день, є одно з важливіших завдань органів здоровоохорони. Додаючи вдруге до цього повний список підприємств Вашої округи, які намічено перевести в 1930-31 р. на семигодинку, Пляновий відділ НКОЗУ, на додаток до листа НКОЗ з 9 червня ц. р. за № 7/7 „Про пристосування медично-санітарної мережі до обслуговування робітників підприємств, що перейшли на 7-годинний робітний день і безперервну роботу“, НКОЗ пропонує Вам розробити пляна обслуговування цих підприємств і скласти заявку на потрібні кошти, щоб включити їх до контрольних цифр на 1930-31 рік. При цьому НКОЗУ вважає, що заходи щодо обслуговування семигодинки мусять іти таким напрямком:

1. Відкриття нових установ, якщо в цьому буде дійсна потреба. Підприємства, які переведено на семигодинку, безперечно треба насамперед забезпечити пунктами першої допомоги, яслами (де вживається жіночої праці).
2. Встановлення в існувальних медично-санітарних установах (амбуляторіях, пунктах першої допомоги, яслах, консультаціях та інш.). додаткової зміни, або пристосувати часи прийому в деяких установах.

НКОЗ підкреслює, що треба мати на увазі кожне окремо промислове підприємство, що має перевестись на 7 год. з тим, щоб повністю виконати вказівку директивних органів про поліпшення медично-санітарного обслуговування робітників цього підприємства і всі потрібні видатки відбити у Вашому кошторисі на 1930-31 рік.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 61 з 28 травня 1930 р.).

152. Про взаємне шефство ОЗІ та виробничих підприємств

До всіх окрздоровінспектур та медсанупрів. Копія до НКОЗ АМСРР.

Наркомздоров'я знову ставить перед усіма окрздоровінспектурами та МСУ питання шефствування їх над виробничими підприємствами, окре-

мими ділянками колективізованого сільського господарства (СОЗ'ами, комунами, артілями тощо).

Це шефство дасть місцевим органам здоровоохорони цілковиту можливість — з одного боку здійснювати на сприятливому ґрунті свій зв'язок із обслуговуваною масою, а з другого—наблизить масу до справи охорони здоров'я, давши їй багато можливостей дійсно взяти участь у керівництві роботою.

Останнє ще більше знайде свій справжній відбиток у такому заході, як шефство виробничих підприємств над ОЗІ, МСУ або навіть над окремими лік. проф. установами. Це шефство може знайти своє здійснення насамперед в утворенні при установі постійної комісії сприяння роботі охорони здоров'я. У підшефних виробничих одиницях треба провадити потрібні медично-санітарні заходи в наслідок ґрунтовного вивчення стану здоров'я населення, його потреб тощо, надавши цій роботі зразковий характер.

НКОЗУ знов підкреслює, що це шефство мусить обов'язково супроводитись широкою прилюдною звітністю наших органів.

Оце обопільне шефство лише тоді набуде реальних змістових форм, якщо йому з самого початку буде надано характер постійного діючого органу, що працює пляново й систематично. До шефства НКОЗ пропонує приступити негайно.

На перші відомості про взяття шефства, про об'єкти його, а також про підготовельну роботу й перші кроки НКЗдоров'я чекає на 20 червня ц. р., після чого поруч одержання відомостей роботу перевірятиметься.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч.*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7/33 з 8 червня 1930 р.).

153. Про реєстрацію в соціяльно-клясовому розрізі.

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів та водсанупру, копія до Наркомздоров'я АМСРР. Окрстатбюрам округ: Вінницької, Зінов'ївської та Мелітопільської. Науково-практичним інститутам.

Наркомздоров'я повідомляє, що зараз друкуються і незабаром буде надіслано до Вас всі формуляри річного звіту про діяльність установ охорони здоров'я за 1929-30 рік. Всі формуляри цього звіту включають всі питання щодо обслуговування хворих у соціяльно-клясовому розрізі.

НКОЗ своїм обіжником од 17 січня 1930 р. №46/1 запропонував, щоб, реєструючи людність, що звертається до медсанустанов, у всіх реєстраційних картках та в журнальних записах відмічати соціяльно-клясову належність тих, що звертаються.

Реєструючи селян, треба обов'язково відмічати, чи звільнено його від с.-г. податку, роблячи відзнаку „звільн. від с.-г. податку".

Щодо реєстрації робітників, як правило, треба записувати назву підприємства, де він працює. Реєструючи кустарів, не відносити їх до застрахованих, а відмічати „кустар", якщо він є вчасник промстрахкаси— зазначити „вч. промстрах".

Взагалі треба у всі реєстраційні записи внести питання реєстраційної картки № 1 та доповнення, зазначені в обіжниках від 17 січня 1930 року ч. 46/1 та в цьому.

Відомості, що має Наркомздоров'я, свідчать про те, що реєстрації в цьому напрямку не поставлено на належну височінь.

Проте, ця реєстрація має виключне значіння, оскільки тільки ґрунтуючись на цих відомостях, можна буде набути повного уявлення про клясовість обслуговування людности.

На підставі цих відомостей потрібно буде скласти річні звіти на 1929-30 рік.

Отже, щоб уникнути такого явища, за якого підчас потреби цих відомостей зовсім не було, або були б часткові, оскільки органи охорони здоров'я виконують постанови директивних органів щодо клясового обслуговування людности, — Наркомздоров'я пропонує:

1. Ще раз підтвердити потребу переведення реєстрації всіх, що звертаються до медсанустанов за ознаками, що подано в обіжнику за № 46/1 від 17 січня 1930 р.

2. Негайно перевірити в декількох медсанустановах (лікарні, поліклініки, амбуляторії, консультації, диспансери тощо) так у місті, як і на селі чи повно виконується розпорядження про реєстрацію в соціяльно-клясовому розрізі.

3. Після закінчення перевірки зараз же повідомте всі медсанустанови В/округи про наслідки цієї перевірки, подавши конкретні зразки невиконання правил про реєстрацію.

4. Треба використати всі можливі збори, наради лікарів, конференції, на яких ставити питання про значіння реєстрації взагалі й в клясовому розрізі зокрема.

5. Про всі вжиті заходи та про стан реєстрації в окрузі взагалі та в соціяльно-клясовому розрізі, зокрема сповістити Плян. Стат. Відділ Наркомздоров'я.

Наркомздоров'я *Канторович.*

Зав. плян. стат. відділом *Нагорний.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 46—4а з 18 червня 1930 р.).

154. Про трудові списки.

До всіх окрздоровінспектур, МСУ, копія Зінов'ївському та Вінницькому ОВК.

(*Окремо не надіслано*).

У зв'язку із запитанням округ НКОЗ за погодженням з НКПраці, роз'яснює, що трудові списки треба заводити на вищий, середній та молодший медичний персонал, також на адміністративно-господарчий склад. Щодо таких посад, як двірники, стайничі, куховарки та інший допоміжний персонал, на них заводити трудсписків не треба.

Одночасно НКОЗ знов звертає Вашу увагу на обов'язковість вимагати трудсписки підчас приймання на роботу від вищенаведених груп робітників.

Зав. оргінстр. *Кушнір.*

Ст. інспектор оргінстру *Рапопорт.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-2).

155. Про округові комісії боротьби з проституцією.

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького та Зінов'ївського ОВК, до всіх райвиків Зінов'ївської та Вінницької округи, копія НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не надіслано*).

НКОЗУ на підставі одержаних відомостей констатує, що на містах боротьба з проституцією провадиться занадто незадовільно. Ціла низка округ зовсім не провадить ніякої роботи в цій справі. В той же час статистичні дані показують високу цифру вензахорувань, що безумовно має в значній мірі своїм джерелом проституцію.

Органи охорони здоров'я повинні притягати увагу широких трудящих мас до боротьби з проституцією.

Щоб посилити та пляново провадити боротьбу з проституцією, НКОЗ пропонує окрздоровінспектурам в найближчий час приступити до організації округових комісій по боротьбі з проституцією, на підставі положення про округові комісії, що при цьому надсилаються.

По одержанні цього обіжника скласти пляна роботи й в місячний термін довести до відома НКОЗУ.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. оргінстру *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ, ч. 163—ЛП з 13 червня 1930 р.).

Затвердив:
Наркомздоров'я *Канторович.*

Положення

про округові Ради для боротьби з проституцією.

Щоб пляново провадити боротьбу з проституцією, а також поліпшити й поглибити роботу в цьому напрямку, для розробки питань та заходів для організації та зміцнення боротьби з проституцією, координування цих заходів та для встановлення пильного контакту поміж різними органами Радянської влади та громадської суспільности щодо їх роботи в цій галузі, організується при окрздоровінспектурах округові комісії для боротьби з проституцією.

1. Округові комісії для боротьби з проституцією керують і плянують всіма заходами, що провадяться на території округи для боротьби з проституцією й наглядають, як відповідні місцеві органи провадять оперативну роботу в царині боротьби з проституцією.

2. На чолі окркомісії є голова та заступник, що їх призначає ОВК. До складу комісії входять представники: від Окрінспектур праці, Соцзабезу, охорони здоров'я, адмінвідділ ОВК, Наросвіти, ОКРКСМУ, ОРПС'у, ОкрУЧХ, міської ради, окрвендиспансеру, членів КОПІПів, представників великих підприємств, Т-ва Допомоги, ОкрДД і Кустпромоб'єднання.

Примітка. Комісія може кооптувати до її складу представників від інших державних, громадських та наукових установ, або окремих осіб, участь яких може бути корисною в цій галузі, або запрошувати їх в окремих питаннях з правом дорадчого голосу.

3. Комісії свого апарату не мають і обслуговуються апаратом окрздоровінспектур, міських рад за належністю.

4. На окркомісію для боротьби з проституцією покладається:

а) вивчати стан і причини проституції та заходи боротьби з нею;

б) розробляти проєкти практичних заходів щодо боротьби з проституцією;

в) погоджувати роботу окремих державних і громадських організацій щодо боротьби з проституцією, давати висновки на плян боротьби з проституцією, що їх складають зазначені організації, а так само розглядати й давати висновки на кошторис цих організацій в справі боротьби з проституцією;

г) наглядати за державними органами й громадськими організаціями в царині переведення ними оперативної роботи щодо боротьби з проституцією.

156. Про призначення та звільнення лікарів сільських меддільниць.

До всіх окрздоровінспектур, копія НКОЗ АМСРР, до Вінницького та Зінов'ївського ОВК, до всіх райвиконкомів цих округ.

(*Окремо не надіслано*).

На сьогодні справа з підбором лікарів на меддільниці перебуває в такому стані, що ні сільради, ані райздоровінспектори — не можуть це перевести власними силами без допомоги ОЗІ чи ОВК й навіть без допомоги НКОЗУ.

Тому НКОЗУ, — щоб пляновіше призначати та звільняти кадри лікарів сільських меддільниць, — вважає за потрібне скасувати своє розпорядження з 30 квітня 1930 р. за № 7/2 в частині про надання права сільрадам призначати та звільняти керівників медустанов, що є на утриманні сільського бюджету. Це право надається райздоровінспекторові, який повинен це провадити, погоджуючи справу із сільрадою.

В решті обіжник НКОЗ № 7/2 від 30 квітня залишається в силі.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Заст. зав. відд. кадрів *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7/2 з 19 червня 1930 р.).

157. Про надання відпусток лікпомам-екстернам.

До всіх окрздоровінспектур та МСУ, до Зінов'ївського та Вінницького ОВК Копія до медичних інститутів.

(*Окремо не надіслано*).

На додаток до № 3 від 7 січня 1930 р. та № 7-2 від 23 квітня 1930 р. НКОЗУ роз'яснює, що лікпомам-екстернам, що проходять екстернатуру на кваліфікацію лікаря, треба надавати відпустки, зберігаючи їм утримання по три тижні на кожну сесію, але не більше 9 тижнів на рік.

Щоб одержати відпустки, лікпоми повинні подавати відповідні довідки від мединституту про час сесії.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

За зав. оргінстру *Рапопорт.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 9-16 з 16 червня 1930 р.).

158. Про профвідпустки лікарів-курсантів.

До всіх окрздоровінспектур, до лік. інспекторів Вінницької й Зінов'ївської округ, до інститутів удосконалення лікарів. Копія до НКОЗ АМСРР.

За відомостями НКОЗ, на місцях трапляються непорозуміння щодо порядку користання профвідпустками лікарів, які навчалися на різних курсах в інститутах удосконалення лікарів; зокрема виникає питання, чиураховується на місцях роботи цих лікарів, коли їм надається профвідпустку, час перебування їх на курсах.

Отже, НКОЗ пояснює, що за всіма лікарями-курсантами, що їх відряджується до інститутів удосконалення лікарів, зберігається їхня посада та зарплатня (обіжн. НКОЗ з 12 червня 1926 р. ч. 76, оголош. „Вестник НКОЗ" з 1926 р. ч. 13—14).

Тому трудовий стаж лікарів-курсантів не припиняється: перебуваючи на курсах, вони лічаться на службі у відповідних органах охорони здоров'я й не позбавляються на цей час тих прав і компенсацій, що передбачає Кодекс Законів про Працю для всіх службовців взагалі, зокрема права на профвідпуск.

На підставі наведених міркувань, надаючи на місцях лікарям курсантам профвідпустки після повернення їх з курсів, треба ураховувати й час їхнього навчання на курсах, не виключаючи його із загального терміну перебування такого лікаря на праці в органах охорони здоров'я.

Такі самі засади треба пристосовувати й до молодих лікарів, що їх після закінчення МедВИШ'у було призначено на курси для підвищення кваліфікації, а потім відряджено на роботу по мед. сан. установах.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. оргінстру *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 52-4 з 12 червня 1930 р.).

159. Про медобслуговування підчас збору врожаю та молотьби*).

До всіх окрздоровінспектур, до Зінов'ївського та Вінницького ОВК. Копія до НКОЗ АМСРР.

Робота медично-санітарних установ та всіх медробітників, набуваючи особливого значіння підчас наступного збирання врожаю та молотьби, мусить стати в центрі уваги всіх органів охорони здоров'я. Наркомздоров'я накреслює тут основні моменти майбутньої роботи й пропонує місцевим органам здоровоохорони взяти це до негайного та термінового виконання. Наступний збір врожаю провадитиметься в таких самих темпах, як і засівна кампанія весни цього року, набуваючи однакової з нею політичної та економічної ваги. Зважаючи на те, що підчас засівної кампанії було вжито багато корисних заходів, що їх можна застосувати також і тепер, Наркомздоров'я пропонує прямувати тепер на дальше вживання зазначених заходів, прагнучи перевищити маштаб і темпи весняної роботи.

За основні та обов'язкові заходи з боку органів здоровоохорони Наркомздоров'я вважає такі:

1. Закріпити, як постійні, пункти першої допомоги, що їх було утворено при машиново та кінно-тракторних станціях, а також закінчити розгортання тих пунктів, що їх було накреслено за пляном.

2. Виявити осіб, що на весні проходили курси першої допомоги, використати їх підчас наступного періоду. Водночас провести скрізь короткотермінові курси першої допомоги. Ті курси треба передбачити окремо для жінок, що на них покладатиметься догляд дітей.

3. Продовжити досвід надання допомоги міським лікарським персоналом, утворюючи виїзди бриґад з тим, щоб останні перебували на селі досить тривалий час. Ураховуючи, що підчас збирання врожаю та молотьби працівникам доводиться працювати в шкідливих умовах, треба прагнути, щоб до складу бриґад входили, якщо можливо, також лікарі - окулісти.

4. Використати повнотою час, що залишився до початку жнив, щоб виконати цілком плян розгорнення ясел.

5. В галузі самоосвітроботи треба пожвавити діяльність куточків доров'я, забезпечити обслуговування робітників підчас жнив з боку сансосвітбаз, пересувних бібліотек, виставок тощо. Наркомздоров'я додає, що незабаром вийде число „Шлях до здоров'я" присвячене питанням збору врожаю. Буде видано також книжку в справах гігієни сільсько-господарської праці. Ці видання треба буде якнайширше розповсюдити між сільсько-господарськими робітниками.

*) Цей лист було розіслано негайною поштою 8 червня 1930 р.

6. Розширити практику надсилання аптечок швидкої допомоги, доповнити ті, що існували підчас засівної кампанії, потрібним асортиментом ліків та перев'язувального матеріялу. Наркомздоров'я висовує мінімальну контрольну цифру: „у кожній комуні, артілі, у кожному радгоспі — не менш одної аптечки".

Зважаючи на те, що минулого року окружні аптечні управління не розповсюдили серед широких мас населення популярних відомостей про способи вживання ліків, через що частенько корисність аптечок зводилася нанівець, треба тепер обов'язково до кожної аптечки додавати докладні вказівки щодо вживання ліків. Всі практичні поради буде незабаром надруковано і надіслано місцям. Окрздоровінспектурам та всім медсанустановам треба подбати про якнайбільше розповсюдження цих порадників. Водночас Наркомздоров'я пропонує якнайкраще розповсюдити листівку—відозву Наркомздоров'я, що незабаром виходить в світ*).

Треба подбати про те, щоб листівка потрапила до рук тих, для яких її призначено.

7. Встановити пильний догляд кишково-шлункових захворувань, забезпечивши транспортування гостро захворілих.

8. Зважаючи на значне розширення колективно-артільного харчування, треба всім медсанустановам та окремим медробітникам на місцях здійснювати справжній постійний догляд якости продуктів харчування, посуду, санітарного стану кухонь тощо.

9. По всіх амбуляторіях та медпунктах пристосувати розклад годин роботи до потреб та умов періоду жнив.

10. До початку жнив обов'язково посилити ліжкове лікування працівників сільського господарства, забезпечуючи першочерговий прийом робітників колгоспів, радгоспів, артілей та комун.

11. На підставі постанови РНК УСРР НКОЗ пропонує вжити всіх заходів, щоб забезпечити посилене медобслуговування селянства, зважаючи на те, що підчас жнив робота провадитиметься і вночі.

Для цього треба поряд інших заходів утворювати тимчасові пересувні лікувальні пункти.

За прикладом весняної кампанії треба ще в більшій мірі надати вищезгаданій роботі пляновий характер. У кожному районі для організації всієї роботи треба виділити уповноваженого, що відповідав би за успіх запровадження обслуговування сільсько-господарських робітників підчас жнив. Ці уповноважені мусять присвятити весь час своєї роботи саме забезпеченню найкращого медсанобслуговування сільського господарства підчас жнив. Наркомздоров'я рішуче вимагає поряд невпинного пильного догляду запровадження роботи забезпечити облік її, щоб на кожний момент можна було дізнаватися про хід роботи. Відомості про підготовну роботу, а також роботу підчас самих жнив треба обов'язково подавати Наркомздоров'я що 5 днів. Отже, на перші відомості щодо підготовної роботи Наркомздоров'я чекає не пізніше 20-го червня. Разом за час кампанії жнив НКОЗ зобов'язує Вас подати не менш, ніж 6 зведень відомостей про роботу.

Усю роботу треба, звичайно, провадити за найближчою та активною участю громадських організацій, притягуючи актив до дійсної участи.

Додаємо, що поряд виписування комплектів аптечок із Укрмедторгу, треба всім окрздоровінспектурам насамперед якнайбільше використати місцеві ресурси.

*) Листівку й порадник надіслано 12 і 26 червня ц. р.

Усю роботу Наркомздоров'я пропонує виконувати дійсно бойовими темпами.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 7/32 з 8 червня 1930 р).

160. Про боротьбу з прогулами, симуляцією й аґравацією.

До всіх окрздоровінспектур, Вінницького та Зінов'ївського ОВК'ів, до Наркомздоров'я АМСРР, до всіх райвиків Вінницької та Зінов'ївської округ.

За відомостями, що подав лік. проф. відділ, на 6 червня лише 15 окрздоровінспектур повідомили НКОЗУ про практичні заходи, які провадяться й провадились ними в життя на підставі директивного листа НКОЗ і Головсоцстраху від 22 лютого 1930 р. ч. 98.

Проте, за останній час спостерігається не тільки стабілізація, але в багатьох місцях і зріст кількости звільнень від праці по тимчасовій втраті працездатности після висновків окремих лікарів і лікарських консультацій, що неґативно відбивається на праці промислових підприємств, перешкоджає, затримує, а іноді й зовсім зриває проведення промфінпляну підприємств.

Крім цього, спостерігаються випадки звільнень, необґрунтованих медичними показами взагалі, і частково особам, які вже давно в самих лікарів, що дають їм звільнення, викликають підозріння на аґравацію своїх захворувань, які відомі, так серед персоналу установ, як і робітників підприємств, за ледарів, завсідників лікустанов, симулянтів. Недостатня принципова настирливість лікарів і зав. лік. установ до незаконних вимог симулянтів, побоювання аґресивної часто-густо нахабної поведінки останніх, межує з сприянням таким особам, що одержали лікарського листа, використовувати його не для лікування, а для особистих справ.

Заходи боротьби з такими особами так з боку адміністраторів лік. проф. установ, як і з боку лікарів — обмежуються лише повідомленням окрстрахкас у встановлений термін без того, щоб загострити громадську думку навколо поведінки таких осіб, без того, щоб до боротьби з такими особами втягнути робітників підприємств, в яких працюють ці особи.

Більш того, навіть після одержання директивного листа НКОЗУ та Головсоцстраху від окрздоровінспектур, що вже повідомили НКОЗУ про свої заходи в цьому напрямкові, знайшлись і такі, що обмежились такими відписками: „Копію директивного листа розіслано по всіх установах нашої округи (про наслідки повідомимо окремо)“.

„Копію директивного листа ОЗІ надіслано до райздоровінспектур та лікустанов, що обслуговують застрахованих, а також запропоновано провести облік дійсно хорих і звільнення з причин тимчасової непрацездатности та скласти щомісячні звіти“.

Таке ставлення ОЗІ до питань піднесення трудової дисципліни по підприємствах, до питань боротьби з прогульниками, аґравантами та симулянтами, до виконання директив НКОЗУ — Наркомздоров'я вважає за неприпустиме й покладає всю відповідальність за підвищення труддисципліни, за переведення в життя всіх накреслених директивним листом Наркомздоров'я та Головсоцстрахом заходів на окрздоровінспектури.

Одночасно з цим Наркомздоров'я пропонує.

1) окрздоровінспектурам, що ще не повідомили НКОЗУ про заходи, яких вони вжили на виконання директивного листа, протягом двох тижнів надіслати про це відомості.

2) оздоровінспектурам разом із окрпрофрадою, окрстрахкасою та окрфілією МСТ перевести збори лікарів з робітниками підприємств і обговорити на них всі питання щодо боротьби з прогулами, аґраваціями, симуляціями та накреслити заходи до сприяння 100%-му виконанню промфінпляну.

3) систематично через окрінспекторів та райінспекторів охорони здоров'я провадити перевірку виконання лікпрофустановами так завдань нашого директивного листа, як і всіх постанов ОЗІ в цьому напрямкові.

4) договоритись із окрпрофрадою та окрстрахкасою про порядок притягнення до боротьби з прогульниками робітників промислових підприємств, про вивчення наслідків реалізації директивного листа щодо зменшення прогулів по підприємствах та про обов'язкове включення до пляну роботи культкомісій підприємств доповідей завлікпрофустанов по цих питаннях.

Наркомздоров'я й собі теж дав розпорядження своїм інспекторам, які провадять обслідування по округах, при обслідуванні звертати особливу увагу на виконання директив Наркомздоров'я та Головсоцстраху щодо підвищення труддисципліни та боротьби з прогулами, симуляціями та аґраваціями.

Наркомздоров'я *Канторович.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 157, ЛП з 6 червня 1930 р.).

161. Про заходи боротьби з грибковими захоруваннями.

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького та Зінов'ївського ОВК'ів. Копія НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не надіслано*).

Широке розповсюдження грибкових захорувань в місті та на селі та відсутність плянової боротьби з ними, вимагає потребу встановити тверді організаційні форми та чітке переведення заходів щодо профілактики та лікування грибкових хвороб.

Особливо цей момент є важливий тепер підчас реконструкції народнього господарства, утворення масових сільських колективів та організації нового побуту.

Тому Лік. Проф. Відділ НКОЗ пропонує вам запросити від окрвендиспансерів вашої округи конкретні пляни щодо боротьби з грибковими захоруваннями. В цих плянах треба вказати всі диспансерні методи боротьби з цією хворобою (облік, виявлення хворих, обслідування, заходи щодо ізоляції, меддопомога, зв'язок з організаціями тощо).

Пляни надіслати до НКОЗУ не пізніш 1 серпня.

Зав. лік. проф. відділу—член Колегії *Сиротенко.*

Інспектор соцзахорувань *Брандорф.*

(Об. розп. НКОЗ а. 172-ЛП з 24 червня 1930 р.)

162. Про утворення трудпрофілакторіїв.

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького та Зінов'ївського ОВК. Копія до НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не надіслано*).

Досвід утворення по деяких містах: Житомир, Біла-Церква, Дніпропетровське, трудпрофілакторіїв для втягнення до трудових процесів безпритульного й нужденного жіноцтва, хорого на венеричні хороби, цілком довів доцільність таких заходів.

Вони з одного боку дають можливість повернути суспільству корисних йому членів із числа жінок, що через низку об'єктивних причин стали на шлях проституції, а з дру-

гого — що через вилікування жінок хорих на венеричні хороби полегшується боротьба з поширенням венеричних хороб, особливо гонореї.

Відповідно до цих міркувань НКОЗУ пропонує негайно приступити до організації трудових профілакторіїв, користуючись тимчасовим положенням, що при цьому додається.

Наркомздоров'я *Канторович.*

Зав. Оргінстр відділу *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 162-ЛП з 13 червня 1930 р.)

Ствердив:
Наркомздоров'я *Канторович.*

Тимчасове положення про трудпрофілакторії.

1) Трудпрофілакторії утворюються для боротьби з проституцією серед безробітних жінок та розповсюдженням венхороб.

2) Для виконання цієї мети трудпрофілакторії переводять: а) культ. та саносвітнє виховування жінок, б) трудове виховування, в) надання трудових навиків та можливости певної трудової кваліфікації, г) лікувальну допомогу, д) надання гуртожитку та дешевого харчування (за собівартістю), е) надання юридичної допомоги.

3) Трудпрофілакторії включаються в мережі установ охорони здоров'я й улаштовуються при вендиспансерах, яким вони підпорядковані, але мають власний бюджет.

4) До складу трудпрофілакторія ввіходять такі установи: а) інтернат-гуртожиток, б) майстерня, в) лікарська консультація (венерологічн. кабінет).

5) На чолі трудпрофілакторія стоїть завідатель лікар, який є підпорядкований завідателю (або головному лікареві) вендиспансеру, при якому існує трудпрофілакторій.

6) Громадську контролю над діяльністю трудпрофілакторій здійснює спеціяльна господарчо-контрольна комісія в складі 3-х членів округової ради боротьби з проституцією під головуванням члена Президії Окрради та завід. Трудпрофілакторія і головного лікаря вендиспансеру.

Увага 1. До складу госп. контрольної комісії увіходить представниця жіночого колективу трудпрофілакторія.

Увага 2. Там, де існує при вендиспансері Рада соціяльної допомоги (або КОПІП) двох членів госп. контрольної комісії (крім голови) обирає рада соц. допомоги (або КОПІП).

7) За завдання контрольно-господарчої комісії становлять: а) попереднє розглядання кошторисів трудпрофілакторія, б) розподіл прибутків трудпрофілакторія, в) затвердження внутрішнього розпорядку трудпрофілакторія, г) прийом та виписування жінок, д) командирування жінок на постійну роботу, е) поточна контроля над діяльністю трудпрофілакторія, ж) попереднє розроблення штатів трудпрофілакторія.

Увага. В випадках непогодження Адміністрації трудпрофілакторія з постановою Контр. господарчої комісії питання переносяться на остаточне вирішення Округової Ради боротьби з проституцією, але в негайних випадках, це не повинно затримувати виконання постанови контр. госп. комісії.

8) Господарчо-контрольна комісія періодично, але не менш ніж один раз на два місяці, подає звіти про свою діяльність Округовій раді боротьби з проституцією.

9) Зав. диспансеру подає звіт про роботу трудпрофілакторія ОЗІ за формами звітности, що їх встановлює НКОЗУ.

10) Термін перебування жінок в трудпрофілакторії встановлюється піврічний, але в окремих випадках контр. госп. комісія може продовжувати його.

11) Прийом жінок до трудпрофілакторія переводиться таким порядком: лікарі вендиспансеру подають до контрольно-госп. комісії спис жінок, а Комісія, керуючись соціяльним станом окремих кандидаток, затверджує список.

12) Вилікувані хворі після певного строку перебування в трудпрофілакторії переводяться на постійну роботу до промислових підприємств, таким порядком:

Завідатель трудпрофілакторія, погодивши справу з головним лікарем вендиспансеру, подає до контр. госп. комісії спис кандидаток, що їх можна переводити на постійну роботу з належними характеристиками.

13) Бюджет і штати трудпрофілакторія встановлює і затверджує ОЗІ звичайним порядком.

163. Про медобслуговування транспортників.

До всіх лікувально-профілактичних інститутів НКОЗ.

(*Окремо не надіслано*).

У зв'язку з окремими непорозуміннями Наркомздоров'я роз'яснює, що прийом хорих транспортників до інститутів треба провадити на однакових умовах із іншими застрахованими.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*.
Зав. оргінстру *Кушнір*.

(Об. розп. НКОЗ ч. 7-30 з 18 червня 1930 р.).

164. Про медично-санітарне обслуговування перемінного складу територіяльних дивізій у період між зборами й підчас зборів.

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького й Зінов'ївського ОВКів до всіх райвиків Вінницької та Зінов'ївської округ. Копія НКОЗ АМСРР. Копія до ВСУ УВО.

(*Окремо не надіслано*).

Щоб посилити медично-санітарне обслуговування перемінного складу територіяльних частин в період між зборами й підчас зборів, — Наркомздоров'я пропонує:

1. При переведенні трьохмісячного навчання й загально-військових учбових зборів перемінного складу територіяльних частин:

а) завчасно ознайомити дивізійних і старших лікарів із санітарно-епідемічним станом району комплектування та особливостями гігієнічних умов життя місцевого населення;

б) сприяти запровадженню серед перемінного складу територіяльних частин санітарно-профілактичних заходів, санітарно-освітньої роботи через виділення потрібного медичного персоналу, забезпечення дезустановками, медикаментами, прищепним матеріялом, наочними приладдями, виставами, з санітарної освіти тощо;

в) забезпечити стаціонарною, а при потребі й спеціяльними видами амбуляторної й лікарняної допомоги при своїх лікувальних установах червоноармійців перемінного складу, якщо їм це буде потрібно;

г) поставити на зібраннях червоноармійців перемінного складу територіяльних частин доповіді про переведену по оздоровленню району комплектування роботу.

2. В період між зборами (через участкових лікарів):

а) згідно зі списками, що їх одержують од старших лікарів територіяльних частин вести облік хорих червоноармійців перемінного складу, які потребують лікування й організувати це лікування;

б) вжити заходів до притягнення санітарного активу з перемінників до роботи місцевих секцій здоровоохорони, санітарних рад і комісій і можливо ширше використати цей актив при переведенні оздоровних заходів, що потребують сприяння з боку самого населення (боротьба з соціяльно-побутовими хоробами, розповсюдження серед населення ідей фізичної культури тощо);

в) організувати серед перемінного складу санітарно-освітню роботу, для чого переводити бесіди на санітарні теми, звертаючи особливу увагу на вивчення прийомів першої допомоги, влаштовувати в хатах-читальнях,

робочих клюбах та червоних кутках санпересувні вистави, „кутки здоров'я перемінника", а також притягти перемінників до лекцій й бесід з санітарної освіти, що їх переводиться за загальним пляном з місцевим населенням.

3. Підчас короткотермінових зборів перемінного складу територіяльних частин:

а) організувати санітарний догляд збірних пунктів, умов побуту та навчання перемінного складу;

б) організувати заняття з перемінним складом по санітарній освіті, стосовно до встановлених ВСУ РСЧА програм;

в) забезпечити перемінний склад амбуляторно та стаціонарно-лікувальною допомогою.

Примітка. Видатки по медично-санітарному обслуговуванню короткотермінових зборів перемінного складу територіяльних частин відносяться до місцевого бюджету.

4. Загальний плян роботи й окремі заходи, які провадяться згідно з пактами 1, 2, 3 цього обіжника, повинні бути погоджені окрздоровінспектурами з командуванням і санітарними начальниками територіяльних частин за належністю.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Заст. зав. лік. проф. від. *Трахтман.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 164-ЛП з 17 червня 1930 р.).

165. Про запровадження спеціяльних складних та повторних судово-медичних експертиз.

До всіх окрздоровінспектур, Вінницького та Зінов'ївського ОВК'ів; копія до НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не надіслано*).

Спеціяльну та складну судово-медичну експертизу, що її не може перевести районний суд мед. лікар, а також і повторну суд. мед. експертизу, що її треба перевести за вимогою органів прокуратури та суду після першої переведеної районним судмедлікарем або іншим лікарем, має провадити окружний суд-мед. інспектор, якому надається право передавати питання, що їх слід розв'язати в таких випадках, до окружного бюра суд. мед. експертизи.

За голову окрбюра суд. мед. експертизи є окрсудмедінспектор, а членів у кількості від 2 до 4 осіб наставляють місцеві органи охорони здоров'я, порозумівшись із головним суд. мед. інспектором, із фахівців у галузі судової медицини та суміжних наук.

Окрсудмедінспектор може за власною ініціятивою чи за вказівками органів прокуратури та суду кооптувати до Окрбюра для участи в окремій експертизі лікарів-фахівців, що не є членами окрбюра.

Центральне бюро суд. мед. експертизи НКОЗ дає висновки:

а) на всі питання суд. мед. експертизи, яких остаточно не розв'язали окрбюра а також;

б) у тих випадках, коли окрсудмедінспектор або окрбюра подали висновки, що не задовольняють органів прокуратури та суду й вони вважають за потрібне висновки ці переглянути.

Погоджено з НКЮ.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. суд. мед. від. *Майер.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 8-10 з 20 червня 1930 р.).

166. Про саносвітроботу підчас жнив.

До всіх окрздоровінспектур, до Вінницького й Зінов'ївського ОВК, копія до НКОЗ АМСРР.

Незабаром почнеться чергова ударна доба сільсько-господарських робіт-жнива.

За прикладом та досвідом участи саносвіти у весняній засівній кампанії треба, не гаючи часу, розгорнути саносвітроботу, спрямовану на культурно-санітарне обслуговування сільгоспробітників, наймитів та бідняцько-середняцького селянства підчас жнив.

Особливу увагу треба приділити обслуговуванню сільгоспартілей та комун.

Для організації та переведення роботи треба:

1. Як найбільш скористати лікарів міста та лікарів медподілків, утворюючи бриґади та загони для переведення роботи безпосередньо в степу.
2. Широко запровадити пересувані форми роботи (тематичні пересувні виставки, кіно та радіо пересувки, пересувні гігієнічні консультації).
3. Широко скористати актив, що прослухав взимку курси та гуртки першої допомоги для утворення бриґад першої допомоги.
4. У тематиці роботи надати переважне місце питанням:
 а) сільсько-господарського травматизму та першої допомоги,
 б) алькоголізму,
 в) харчування, особливо організації харчування в степу,
 г) гігієна відпочинку,
 д) організації праці (запровадження жіночої та дитячої праці),
 е) відпочинку (скористання сонця, повітря й води),
 ж) кишкові захорування,
 з) ясла.
5. Скористати спеціяльні числа журналів „Шлях до здоров'я", „За тверезість", „За здорове харчування".
6. Організувати радіопересилання на теми, що їх згадано в п. 4, скористовуючи місцеві станції та пересилання Харківських станцій, які мають підчас жнив пересилати відповідний цикл розмов.

Про переведення підготовної роботи треба повідомити саносвіту НКОЗУ.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. сектора науки *Ліфшиц.*

Інспектор саносвіти *Кузнецов.*

167. Про збільшення асиґнувань на саносвіту.

До всіх окрздоровінспектур, медсанупрів, до Зінов'ївського та Вінницького ОВКів, до РВК Зінов'ївщини та Вінничини, до Харківської міськради й Медсанупру Дніпрельстана.

Складаючи кошторис на 1930-31 рік, всі ОЗІ повинні передбачити на витрати по саносвіті не менше як 1,75% всіх витрат, що буде відпущено на охорону здоров'я по всіх джерелах: місцевий бюджет, фонд меддопомоги та інш.

Одночасно треба вжити всіх заходів щодо притягнення коштів промислової. споживчої, житлової та колгоспної кооперації та профспілок на витрати по саносвіті.

Бюджет НКОЗУ й надалі залишиться лише як дотаційний, причому дотація буде відпускатися лише тим округам, які вилучать на саносвіту вказаний вище мінімум коштів

(1,75% бюджету) і вживуть усіх заходів щодо притягнення на витрати саносвіти кошти з інших джерел.

Керівникам саносвіти тих округ та установ, де на саносвіту на майбутній рік передбачається менше, ніж 1,75% витрат на охорону здоров'я, негайно повідомити про це сектор науки й санкультури НКОЗУ

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. сектора науки та санкультури *Ліфшиц.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 41-1 з 18 червня 1930 р.).

168. Про участь ОЗІ у роботі комісій соц. перебудови побуту.

До всіх окрздоровінспектур, до Зінов'ївського й Вінницького ОВК. Копія до МСУ та НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не надіслано*).

За постановою ВУЦВК та РНК УСРР з 25 квітня 1930 р. (оголошено в Вістях № 104 (2901) з 8 травня 1930 р.), для підсилення й рішучого запровадження в життя заходів перебудови побуту трудящих на соціялістичних підвалинах, при відповідних органах місцевої влади (ОВК, РВК, міськ., селищн., сільрадах) зорганізовується комісії (секції) соціялістичної перебудови побуту—побутові комісії (секції).

Зважаючи на надзвичайно важливу ролю, що відограватимуть побутові комісії в справі поліпшення й перебудови побутових умов трудящих,—Наркомздоров'я пропонує вам:

1. Щільно зв'язатися з цими комісіями й взяти безпосередню активну участь в їхній практичній роботі;

2. Висвітлювати перед ними різні матеріяли, що характеризують санітарні й побутові умови життя робітників промисловости й трудящих соцсектора села (радгоспів, колгоспів, комун);

3. Передавати в розпорядження комісій матеріяли, що характеризують житлово-побутові умови, стан громадського харчування, доброустрою залюднених місцевостей, стан лазнево-пральної справи, стан розвинення дитустанов тощо з відповідними конкретними пропозиціями про заходи, що треба вжити в тій чи іншій справі, маючи на увазі задачу поліпшення й перебудови побуту;

4. Ставити на обговорення комісії проекти обов'язкових постанов місцевих органів влади щодо впорядкування міст, селищ, утримання житла, місць громадського скупчення та інших постанов і розпоряджень, що направлені та поліпшення й перебудови побутових умов;

5. Притягати представників окружних і міських побутових комісій до участи в засіданнях окрсантехрад підчас розгляду проектів побутових установ і споруджень;

6. Надсилаючи звітні доповіді до НКОЗУ, обов'язково висвітлювати ступінь участи ОЗІ в роботі побутових комісій.

Заст. Наркомздоров'я УСРР *Нагірний.*

Зав. сан.-епід. від. *Марзеев.*

Зав. орг. інстр. від. *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 29 з 21 червня 1930 р.).

169. Про розвинення військово-санітарної роботи.

До всіх окрздоровінспектур, МСУ залізниць до Зінов'ївського та Вінницького ОВКів до Харківської Міськради, до Медсанупру Дніпрельстан.

Військово-санітарна робота в сучасний момент набуває дуже великого значення, а тому на неї потрібно звернути максимум уваги.

Пропонується вам по всіх будинках санітарної та фізичної культури утворити відділки:

а) хемзахисту,
б) військово-санітарний,
в) здоровоохорони РСЧА

та розгорнути військово-санітарну роботу серед широких кіл населення, переводячи її вкупі з УЧХ.

Треба також звернути увагу на виконання постанов ВУЦВК щодо воєнізації фізькультури, зокрема серед допризовників. Крім того, треба допомогти матеріяльно частинам військ РККА, що розташовані на терені вашої округи, організувати військово-санітарні кабінети.

За виконання цього обіжника особисто відповідає зав. окрздоровінспектури.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*

Кер. сектора науки й культури *Ліфшиц*.

(Об. розп. НКОЗ ч. 43—3 з 26 червня 1930).

170. Про роботу органів охорони здоров'я в галузі фізкультури.

До всіх окрздоровінспектур, до НКОЗ АМСРР, медсанупрів, до Вінницького та Зінов'ївського ОВКів, до всіх райздоровінспекторів Вінницької та Зінов'ївської округ.

В ОЗІ та МСУ керування роботою з фізкультури покладається на спеціяльних інспекторів з фізкультури, яких треба завести до складу саносвіторганізації при самій інспектурі ОЗІ та МСУ, або при будинках саносвіти. Якщо ОЗІ або МСУ інспектора фізкультури не будуть мати, то керівництво цією роботою покладається на інспектора саносвіти.

Лікарську контролю з фізкультури треба переводити як через спеціяльні кадри лікарів з фізкультури, так і використовуючи для цього лікарів ОЗДП, а також і всіх лікарів поліклінік та диспансерів, щоб забезпечити лікарською контролею всі форми роботи з фізкультури.

На селі обслуговування фізкультроботи покладається на лікарів ОЗДП, санлікарів а також лікарів медподілків.

Наркомздоров'я *Канторовіч*.

Кер. сектора науки та санкультури *Я. Ліфшиц*.

(Об. розп. НКОЗ ч. 47-11 з 21 червня 1930 р.).

Положення

Про діяльність окружних інспектур охорони здоров'я та МСУ в галузі фізкультури.

1. Окружні інспектури охорони здоров'я та МСУ скеровують всю роботу з фізичної культури відповідно до основних політичних, економічних і культурних завдань соціялістичного будівництва і заходів щодо оборони країни.

2. Окружні інспектури охорони здоров'я та МСУ керують, об'єднують, плянують і контролюють роботу з фізкультури в межах округи та залізн. щодо:

а) охоплення лікарською контролею усіх форм фізкультурної роботи;

б) підготування та перепідготування лікарськіх фізькультурних кадрів, за програмами від НКОЗ;

в) науково-дослідної діяльности підлеглих інспектурі установ за завданням НКОЗ.

3. До компетенції окружних інспектур охорони здоров'я та МСУ належить:

а) здійснювати в межах своєї округи всі постанови і спеціяльні завдання НКОЗ в галузі фізкультури;

б) керувати діяльністю з фізкультури районних інспектур охорони здоров'я;

в) провадити лікарську контролю над фізкультурною роботою;

г) провадити науково-дослідну роботу за завданням НКОЗ;

ґ) стежити за будівництвом фізкультурних споруджень з боку санітарних та санітарно-технічних норм, а також стежити за нормами медконтролі з фізкультури, що їх встановлює НКОЗ для всіх держустанов та громадських організацій;

д) організувати й провадити окружні з'їзди, наради науково-методичного характеру, виставки та інш. по лінії органів НКОЗ;

е) провадити облік та звітність роботи за системою, що її встановлює НКОЗ;

ж) деталізувати програми в галузі підготування та перепідготування лікарів фізкультурників, що їх встановлює НКОЗ відповідно до місцевих умов, а також вести облік і розподіл складу лікарів, що працюють у галузі фізкультури на терені округи;

з) обслуговувати лікарською контролею екскурсійну роботу в окрузі та переводити науково-дослідну роботу щодо туризму за завданням НКОЗУ.

4. Щоб здійснювати зазначені завдання, окружні інспектури охорони здоров'я та МСУ мають такі права:

а) остаточно розв'язувати в окрузі або залізниці всі питання фізкультурної роботи щодо лікарської контролі й підготування та перепідготування лікарів у цій галузі, базуючись на постановах НКОЗ в цих питаннях;

б) провадити в окрузі та на залізниці обстеження всіх районних інспектур охорони здоров'я та науково-дослідних і учбових установ НКОЗ в роботі з фізкультури, а також заслуховувати періодичні доповіді й неперіодичні повідомлення цих установ про стан фізкультури;

в) обслідувати та перевіряти в окрузі та на залізниці роботу всіх державних установ і громадських організацій, що провадять роботу з фізкультури, з боку санітарно-технічних та санітарних вимог і здійснення ними медичного догляду, а також давати свої висновки щодо споруджень фізкультурних закладів з боку санітарних та санітарно-технічних вимог;

г) мати представників в окружних органах у питаннях, зв'язаних із здійсненням завдань фізичної культури;

д) видавати друковані матеріяли наукового та науково-популярного характеру з фізкультури та наочні приладдя за загальним положенням;

е) організувати такі установи;

а) лікарсько-контрольні пункти з фізкультури,

б) будинки санітарної та фізичної культури,

в) кабінети кореґувальної гімнастики і т. інш.

5. Окружні інспектури охорони здоров'я та МСУ утворюють постійну секцію для розроблення окремих питань із фізкультури, притягуючи для цього окремих фахівців і громадський актив.

6. Окружні інспектури охорони здоров'я та МСУ складають відчити про свою діяльність з фізкультури перед НКОЗ.

7. Окружні інспектури охорони здоров'я та МСУ мають відповідний штат із фізкультури, який визначається відповідним порядком.

8. Кошторис витрат на роботу окрінспектури охорони здоров'я та МСУ з фізкультури заводиться до кошториса окрінспектури відповідним параграфом.

171. Про заходи боротьби з малярією.

До всіх окрздоровінспектур.

(*Окремо не надіслано*).

Копія до НКОЗ АМСРР. До Управління Дніпрельстану, Українського Протозойного Інституту, до всіх санбакінститутів.

Ще досить велика захворуваність на малярію вимагає від органів охорони здоров'я пильної уваги до протималярійних заходів.

Досі боротьба з малярією на Україні не має конкретного пляну хінізації й майже зовсім не враховує вогнищ; малярійні станції майже виключно провадять лікувальну роботу по округових місцях.

Таке становище треба змінити й перебудувати роботу малярійних організацій по округах із таким розрахунком, щоб вони превадили профілактичну роботу по вогнищах.

До протималярійної роботи треба притягти лікувально-профіляктичну організацію щільніше, ніж це було до цього часу. У пляні робіт треба приділити значну увагу боротьбі з тропічною малярією.

Органи охорони здоров'я повинні відокремити потрібні кошти на боротьбу з малярією.

Поруч цього, цілком ненормально, що органи охорони здоров'я майже зовсім не використовують законоположень, що існують, які покладають на промисловість обов'язок брати матеріяльну участь у боротьбі з малярією.

Постанова ВУЦВК'у та РНК УСРР від 20 березня 1929 року „про матеріяльну участь промисловости в боротьбі з епідеміями", в якій п. 5 покладає на промпідприємства— провадити власними коштами профілактичні заходи, як то: хінізацію, меліоративні роботи, засітчення, нафтування тощо.

Далі, постанова ЦВК та РНК СРСР від 26 березня 1927 р. (Бюлетень НКОЗ ч. 12 від 1928 р.) „Про відрахування на боротьбу з малярією на торфо-розробках" вказує розмір одрахувань на протималярійні заходи та порядок витрати їх.

Також не завжди і не скрізь помітний вплив органів охорони здоров'я на роботи інших відомств та організацій із точки зору боротьби з малярією, зокрема—щодо меліорацийних робіт та торфо-розробок.

НКОЗ пропонує:

1) Скласти округовий плян протималярійних заходів, ураховуючи всі вказівки цього обіжника, а також матеріяльні підвалини. Плян треба складати при консультації відповідного сан.-бак. інституту або протозойного інституту. Плян треба широко обговорити на нарадах санітарно-медичних робітників та погодити з відповідними зацікавленими організаціями та відомствами (Меліорвід, кооперація тощо).

Плян подати до НКОЗ.

2) Перевірити стан участи промисловости у протималярійних заходах та відрахуваннях від торфорозробок, вжити заходів до поліпшення цієї справи й повідомити НКОЗ.

3) Беручи на увагу скрутний стан із постачанням хініну, вжити заходів, щоб хінін витрачався виключно на боротьбу з малярією за пляном і обережно.

4) Складаючи бюджет на 1930-31 рік та перероблюючи й уточняючи пляни на останні роки п'ятирічки, передбачити достатні кошти на боротьбу з малярією, урахувавши потребу до 1932-33 року ліквідувати набільш небезпечні вогнища.

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний.*

Зав. сан.-епід. відд. *Марзеев.*

(Обіжне розпор. НКОЗ № 30-3 з 23 червня 1930 р.).

172. Про виявлення й вивчення шкідливих професій.

До всіх окрздоровінспектур. Копія до НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не над'слано*).

Своїм обіжником з 20 лютого п. р., № 31/7 Наркомздоров'я запропонував окрздоровінспектурам негайно розпочати виявляти шкідливі професії (за номенклятурою НКОЗ та НКПпраці) по підприємствах, вивчення умов праці таких та перепускання робітників цих професій через поліклінічний медогляд.

Отже, Наркомздоров'я, вдруге підтверджуючи своє розпорядження, пропонує:

1) подати до НКОЗ список усіх шкідливих професій по окрузі;

2) повідомити, що зроблено для того, щоб розпочати медогляд та вивчення умов праці робітників, що працюють у шкідливих умовах;

3) коли таку роботу в окрузі провадиться, повідомити, яких саме робітників шкідливих професій вже оглянуто та вивчено умови праці

таких біжучого року; чи було в наслідок цього вжито будь яких профілактичних заходів щодо цих гуртків робітників та яких саме.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Зав. оргінстру *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ з 17 червня 1930 р., ч. 31).

173. Про боротьбу з черевним тифом.

До всіх зав. окрздоровінспектур та медсанупрів НКОЗ АМСРР.

(*Надіслано* 4 *червня 1930 р.*).

Наближається час, коли особливо з боку ОЗІ та МСУпрів треба виявити максимум ініціятиви щодо переведення попереджуючих заходів, які унеможливили б збільшення захорувань на черевний тиф.

В цьому році треба сподіватися значного поширення цієї інфекції, особливо по промислових районах та по великих містах.

Сиґналізуючи про цю загрозу, Вам потрібно:

1. Подбати про матеріяльну базу для переведення екстро-ординарних заходів.

2. Зараз же забронювати по лікарнях певну кількість інфекційних ліжок та мати в запасі потрібне устаткування, твердий та м'який інвентар, щоб в разі потреби розгорнути потрібну кількість інфекційних ліжок без затримки в інших приміщеннях.

3. Подбати про 100% охоплення щепленням основних робочих кадрів та їх родин.

4. Налагодити дезинфекційну справу. Подбати про дезкамери та дезапаратуру, укомлектувати щепільний та дезінфекційні загони.

5. Налагодити широку саносвітню роботу (випуск масових листівок та плякатів), використати стінні газети на підприємствах та округову пресу.

6. Пожвавити роботу ляборатори́й. Налагодити в належний спосіб ранню діягностику. Зорганізувати якнайкраще своєчасний облік всіх захорувань на черевний тиф. Поставити на ноги всю санітарну організацію, подбавши про найповніше її вкомлектування.

7. Зараз же перевести санітарний огляд підприємств, фабрик, заводів, великих комун та радгоспів.

Оголосити за небезпечні щодо вибуху черевного тифу найбільш загрозливі по своєму антисанітарному стану підприємства та колективи.

Покласти особливу відповідальність на керівників їх щодо переведення потрібних санітарних заходів.

8. Пожвавити роботу окр. надзв. санкомісії. Подбати про піднесення авторитету її постанов; своєчасно мобілізувати увагу селянської громадськости, керівників фабрик, заводів, радгоспів, колгоспів та комун та своєчасно розгорнути боротьбу з зазначеною хоробою.

Вам треба зараз же скликати спеціяльну міжвідомчу нараду в справі боротьби з можливим розповсюдженням захворувань на черевний тиф, виявити всі дефекти та найслабші місця, на які треба звернути особливу увагу.

Про вжиті Вами заходи за змістом цього листа поінформуйте мене листовно.

Голова ЦНК Заст. Наркомздоров'я *Нагорний.*

(Об. розп. ЦНК ч. 2 з 4 червня 1930 р.).

174. УСТАВА

про заочний медінститут для шкільних лікпомів.

1. Щоб масово перекваліфікувати шкільних лікпомів на лікаря лікувально-профілактичного фаху, при НКОЗУ організується Всеукраїнський Заочний медичний інститут.

2. До заочного медінституту можливо зараховувати шкільних лікпомів, що закінчили фельдшерську школу до 1923 р. й працюють за фахом, причому за останні 5 років безперервно, до того ж віком не більше, як 45 років.

До заочного медінституту зачисляють за відрядженням окрздоровінспектур за місцем служби лікпома, порозумівшись зі спілкою МСП.

4. Перепускну спроможність 1-го року навчання на заочному медінституті визначується в 1.000 чол. Кількість можливих прийомів надалі встановлює НКОЗ, погодивши з НКОС'ом та ВУК'ом МСП.

5. Заняття заочного медінституту відбуваються за спеціяльними розробленими від НКОЗУ навчальним пляном та програмами, що їх затвердила НКО.

6. Заняття Заочного Медінституту складаються зі спеціяльних теоретичних заочних завдань — лекцій, навчальних конференцій при округах та відбування циклу практичних занять при медінститутах, відповідно до методичних вимог навчального пляну.

7. Робітний плян навчальних занять, (розподіл предметів для заочного навчання, для практичних занять, конференцій тощо), НКОЗ опрацьовує за певними строками й циклами у згоді з НКОСвіти.

8. Усі іспити з предметів затвердженого навчального пляну слухачі складають в певні строки й послідовно при українських медінститутах підчас сесій, що їх встановлює НКОЗ, переважно пристосувавши їх до строків початку і кінця відбування практичних занять при медінститутах.

9. Щоб відбути практичні заняття, слухачі прикріплюються до медінститутів за спеціяльною розкладкою НКОЗ; строки й тривалість практичних занять, передбачені у робітному пляні, затвердженому НКОЗ та НКОС.

10. Для відбування практичних занять і переведення відповідних іспитів, кожен медінститут приділяє професорів та викладачів даного інституту, оплачуваних спеціяльно згідно з кошторисом заочного медінституту.

11. Всі навчальні та інші витрати, у зв'язку з відбуванням практичних занять при медінститутах з заочниками заводяться додатково до кошторису відповідних медінститутів.

12. Лекції та завдання курсу заочного навчання провадять відповідні керівники-професори, спеціяльно запрошені від НКОЗ та затверджені від НКОС.

13. Щоб керувати навчально методологічною роботою заочного медінституту, утворюється при директорі заочного медінституту постійне метод. бюро, куди входять всі викладачі даного навчального року та інші фахівці за призначенням НКОЗУ.

14. На чолі заочного медінституту стоїть директор інституту, призначуваний від НКОЗУ, за погодженням з Наркомпросом, що одноособово й цілком відповідає за всю роботу й стан заочного медінституту.

15. Штати й кошториса заочного медінституту затверджує НКОЗ за встановленим порядком.

16. Заочний медінститут утримується за окремим кошторисом НКОЗУ, що складається з: а) фонду держбюджету, б) відрахувань інших фондів, в) плати слухачів за право навчання та г) інших можливих дотацій.

17. Зачислює до заочного медінституту особлива комісія у складі: представн. НКОЗУ (голова), директора заочного медінституту, представника спілки МСП, представника НКО, представника ЦК КНС.

18. Для зачислення до заочного медінституту треба подати заяву, додавши дві фотографічні картки, анкету, завірену від МК лік. сан. установи, де цей лікпом служить, командировку ОЗІ, довідку про службу, почавши з 1917 р. довідку чи метрику про народження, довідку про виборне право та квітанцію про внесення $^1/_3$ плати за правонавчання й рекомендацію місцевої спілкової організації.

19. Плату за навчання встановлює НКОЗ, а так саме й ті строки, коли слухач мусить внести її.

20. Підчас перебування слухача на практичних заняттях він зберігає основну ставку зарплати та дістає відповідну стипендію, що її розмір встановлює НКОЗ, погодивши з ВУК'ом МСП.

21. Після закінчення й складання всіх іспитів та практичних занять, передбачених у навчальному пляні, слухачі одержують свідоцтво про кваліфікацію лікаря від того медінституту, де вони відбували практичні заняття й складали встановлені іспити.

22. Закінчивши заочний медінститут, слухачі залишаються на службі, як лікарі в тій самій окрузі, що їх була командирувала. Якщо в цій окрузі не буде вакантних посад, ці лікарі перебувають у розпорядженні НКОЗ, що посилає їх на роботу.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*
Наркомосвіти *Кузьменко.*
Т. в. о. Зав. Сект. кадрів НКОЗУ *Хармандар'ян.*
Ст. Інспектор медосвіти. НКО *Ткаченко.*

II. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ВІДДІЛІВ.

1. Нові інститути та учбові заклади.

а) Наркомздоров'я утворив (на базі III поліклініки в Харькові) новий інститут у справах курортології та фізіотерапії. Інститут вивчатиме з наукового боку справи курортного й фізіотерапевтичного лікування, опрацьовуватиме питання щодо застосовування метод лікування на курортах, дальшого розвитку цієї справи тощо.

б) На закінчення ремонту Одеського інституту харчування НКОЗ відпустив потрібні кошти. Водночас знято клопотання перед НКТоргом про ліцензії на придбання новішої апаратури та лябораторного встаткування.

в) У помешканні, де нині міститься Органо-терапевтичний інститут, після переходу його в новий власний будинок (вул. Артема) міститиметься сан. гігієнічний відділок Сан. бак. інститута. Цей відділок Наркомздоров'я гадає потім розгорнути в самостійний санітарно-гігієнічний інститут.

г) Новий медінститут, що його НКОЗ утворює в Донбасі, ухвалено назвати „Донецький медичний інститут". У доповідній записці до РНК—Колеґія НКОЗ зняла клопотання про те, щоб факультети робітничий та лікувально-профілактичний влаштувати в Луганському, а решту, себто санітарний факультет — у Сталіні.

д) Колеґія затвердила статут державного інституту гематології та переливання крови.

2. Реорганізація Одеського Хемічно-Фармацевтичного інституту.

На інститут покладено тепер зовсім нові завдання. Утвореного 3 відділки, що готуватимуть спеціялістів, а саме: аналітиків, що досліджуватимуть харчові продукти, і аналітиків фармако-хемічних лябораторій.

Отже, у зв'язку з цим назву інституту змінено на „Одеський медично-аналітичний інститут".

При інституті утворюється робфак.

3. Вінницьку зуботехнічну школу переведено в Одесу.

Маючи на меті якнайліпше забезпечити цю єдину на Україні школу потрібним науковим приладдям та викладачами. Колеґія НКОЗ ухвалила перевести школу в Одесі, десаме міститься Державний інститут зуболікування. Школу включається до держбюджету.

4. Реорганізація шкіл охматдиту.

Харківську школу охматдиту переутворюється на медично-педологічний інститут переддошкільного віку.

Одеську школу залишається, як технікум ОХМД. Такі самі технікуми відкриваються в округах Київській, Дніпропетрівській, Полтавській, Сталінській і Шевченківській.

Сектор кадрів НКОЗУ опрацьовує тепер питання про масову підготовку патронажних сестер із селянок, переважно колгоспниць.

5. Про дальші заходи щодо плянового використання медичного персоналу.

Будівництво медично-санітарних установ, що дедалі все зростає, потреба якнайліпше забезпечити медперсоналом промислові райони та колективізований сектор сільського господарства, — висунуло перед НКОЗ питання про доцільніше використання медперсоналу. Нині Колеґія ухвалила в цій найважливішій і пильній тепер справі ряд постанов, причому за головну засаду взято останні постанови провідних органів щодо розподілу, фахівців. Колеґія висловилася за те, щоб до Кодексу Законів про працю було включено артикул про право органів здоровоохорони на певні випадки перегруповувати наявний медперсонал.

Питання обліку й розподілу медперсоналу взяти до повного відання НКОЗ, де для цього утворюється спеціяльний стіл особового складу. Цей захід безперечно усуне велику ненормальність, щоб облік пропозицій та попиту медичної робсили провадять цілком некомпетентні органі (секції бірж праці), які цю величезної ваги й трудности роботу зводять до механічного розподілу людей.

Колеґія НКОЗ обстоює такого порядку, за якого праця органів здоровоохорони було б закріплено законодавчим актом. Отже, між іншим, НКОЗ прагне тепер, щоб медперсонал забезпечувалося підчас відрядження на роботи до іншого місця не меншою, ніж попередня, зарплатою, підйомними, добовими грішми, а також повною сплатою вартости переїзду.

Відповідних заходів щодо видання законодавчих актів уже вжито.

Водночас Колеґія ухвалила забезпечити найрішучишими заходами додержування медперсоналом суворої службової та медичної дисципліни. Для цього на основі принципу про одноначальність в управлінні видано буде „Уставу внутрішньої служби в лікувально-санітарних установах".

6. Проти текучости медперсоналу.

Наркомздоров'я опрацьовує тепер ряд заходів, скерованих на боротьбу з текучістю медперсоналу. Ці заходи є такого чину:

а) посилене продуктове постачання медперсоналу на периферії;

б) підвищення зарплати;

в) пильне виконання чинних положень про підвищення кваліфікації участкових лікарів на селі й персоналу, що працює в промислових районах;

г) підвищення зарплати за вислугу років;

д) надання наукових відряджень;

е) використання участкових лікарів на курортовій роботі влітку.

7. Про широку звітність ОЗІ та перевірку їхньої роботи щодо виконання постанов ЦКВКП(б).

Наркомздоров'я запропонував усім окрздоровінспектурам негайно подбаті про те, щоб їхні доповіді про стан здоровохорони, особливо в частини виконання постанов ЦК ВКП(б) про медобслуговування робітників і селян, було поставлено на пленумах та конференціях партійних комітетів, окрпрофрад, ОВК тощо.

НКОЗ звернувся до партійних комітетів, ОРПС та ОВК'ів із проханнями поставити в себе ці доповіді, допомагаючи своїм пильним доглядом

роботі здоровоохорончих органів, перевіркою її та керівництвом виправити хиби й недоліки, що їх чимало є в здоровоохорончій роботі.

Висновки на доповіді ОЗІ НКОЗ збирає в себе.

III. РІЗНІ ІНФОРМАЦІЇ ТА ОБ'ЯВИ.

Про звільнення приміщень медперсоналу (що при медустановах) від оплати за амортизацію.

1. Вища Арбітражна Комісія при УЕН в засіданні 25-IV б. р. розглядала принципову для органів охорони здоров'я справу за скаргою НКОЗ на присуд Київської Арб. Комісії про амортизаційні відрахування з площі мед. сан. установ, яку зайнято під квартирі співробітників даної мед. сан. установи. ВАК визнала: приміщення, що його медустанови дають тим із своїх співробітників, що за характером виконування ними обов'язків повинні мешкати при самій медустанові для забезпечення правильного й безперервного її функціонування, дається не порядком експлуатації медустановами невикористаних ними приміщень, а як службові приміщення, що їх дається безплатно певним категоріям співробітників за належними правилами. Тому ці приміщення не можна відокремлювати від решти приміщень медустанов та їх належить визнати складовою частиною всього комплексу приміщень, необхідних кожній медустанові для правильної організації її оперативної роботи. Зважаючи на це наведені приміщення звичайно підлягають всім правилам, встановленим для приміщень, зайнятих медустановами. Отже їх повинно звільнити також і від оплати вартости амортизації передбаченої п. 1 арт. 30 Устави про належні державні будинки, цілком прикладаючи до цих приміщень арт. 31 наведеної устави.

Таким чином вирок Київської АК, як неправильний, підлягає скасуванню з передачею справи в ту саму АК для нового розгляду.

2. Про лікарів самозванців та інших, що свавільно кинули роботу.

1. Наркомздоров'я пропонує всім окружним і районовим здоровінспектурам повідомити про місце перебування лікаря Гвоздиковського Г. С., випуску 1930 р.

Цей лікар свавільно залишив посаду в Луганській окрузі.

2. Харківська окрздоровінспектура просить всі установи охорони здоров'я та осіб, що знають адресу та місце роботи дезінструктора Краснянського Семена Ілліча повідомити про це на таку адресу: Харків, буд. ОВК, Окрздоровінспектурі.

3. Пропонується окрздоровінспектурам та МСУ повідомити НКОЗ про місце перебування фармацевта Броун Ю. А., що закінчила Дніпропетровський фармінститут свавільно залишила посаду в Алчевському Луганської округи.

4. Пропонується окрздоровінспектурам та МСУ повідомити НКОЗ про місце перебування лікаря Саніна В. А., який не повернувся до місця праці при психіятр. лікарні на Ігрені з чергової відпустки і виїхав невідомо куди.

5. За повідомленням НКОЗ Азербайдж. Р.С.Р. гр.гр. Ганджунцев Ірташес Аветович, і Сараджян Олександр Соломонович за відсутністю документів, що свідчать про лікарське звання не мають права займатися лікарською практикою (самозванці)

У разі згадані особи звернуться за одержанням лікарської посади, треба відібрати їхні документи, а справи передати до прокуратури.

6. Пропонується Окрздоровінспектурам та М.С.У. повідомити НКОЗУ про місце перебування таких осіб:

а) Фармацевта Яценко, що закінчив Харківськ. Фармацевтичн. Інститут в 1929 р. свавільно залишив посаду в м. Новогеоргієвську Кременчуцьк. округи.

б) Лікаря-одонтолога Зікіса Г. Я., який свавільно залишив посаду в Володарській лікарні Б.-Церківськ. округи, одержавши в рахунок підйомних 50 крб.

в) Лікаря Фройман А, І,, випуску 1929 року свавільно залишила посаду в Унспенській Рудлікарні Луганської округи.

г) Лікаря Швидкого В. М. – який пішов у відпуск і не повернувся до місця служби в Павлоградському районі Дніпропетровської О. З. І.

7. Пропонується всім окрздоровінспектурам та медсанупрам повідомити наркомздоров'я про місце перебування лікаря Липовецького, Арона, Аврумовіча, що, скінчивши курси охматдиту, зник невідомо куди.

Конкурси

1. Державний дитячий санаторій о Пущі-Водиці оголошує конкурс на штатну посаду ординатора санаторія.

Вимагається мінімальний трьохмісячний стаж фтизіятора (бажано з педіятричним ухилом).

Умови: 135 карб. зарплатні на місяць і пільговий переїзд до міста; позаміським кімната при санаторії.

Заяви з життєписом подавати до 5-го серпня ц. р. безпосередньо до санаторія на адресу: Київ, Пущя-водиця державний дитячий санаторій.

(*Лист. Харк. ОЗІ ч. 22.301 з 10 червня 1930 р.*)

2. Український Державний Венерологічний Інститут в м. Харкові, оголошує конкурс на такі вільні посади наукових робітників Інституту, що вказані в надсиланому при цьому списку.

Термін подачі заяв до конкурса закінчується 15-VIII 1930 р. Заяви належить подавати на ім'я Директора Інституту на адресу: Харків, вул. К. Маркса № 17. При заявах належить подавати свою автобіографію з відповідними документами, рекомендації наукових, професійних та громадських організацій, а також наукові твори.

Посади	Платня	Умови та вимоги
1 асистент експериментально-аналітичного відділлу	115	Морфолога з 5-річним лябораторним, педагогічним та науковим стажем. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов.
1 асистент експериментально-аналітичного відділу (на половину робочого дня)	57—50	5-річний лябораторний та науково-педагогічний стаж. Знайомство з сучасними методами гістологічної техніки, знайомство з патологічною анатомією та гістологією шкіри. Знання укрмови та одної з чужоземних мов. Наукові твори.
1 асистент експериментально-аналітичного відділу (на пол. робочого дня)	57—50	Біо-хемік з 5-річним лябораторним та науково-педагогічним стажем. Знання макро та мікро-методів дослідження різного матеріялу. Наукові твори. Знання укрмови та одної з чужоземних мов.

Директор Інституту Пр. доцент *Федоровський*.

Привітання Наркомздоров'ю.

1. Робітництво та селянство селища Волновахи Жовтневого району на Маріупільщині, святкуючи сьогодні урочисте відкриття першої лікарні імени десятиріччя КНС України та першої в районі санбаклябораторії, надсилають палке привітання НКЗдоров'ю, що стоїть пильно на варті охорони здоров'я бойців за соціялістичну перебудову країни.

Хай живе влада робітників та селян!

Хай живе Комуністична Партія, що непорушно велетенськими кроками веде до світлого побуту працюючих кіл до світового соціялізму!

Голова РВК *Васильченко*.
Голова КНС *Омельченко*.
Лікінспектор окрздоровінспектури *Кривоший*.
Райздоровінспектор *Зелінев*.
Райгрупком Медсантруд *Немеровський*.

(*Телеграма з 16-V 1930 р.*).

2. VII З'їзд робітників здоровоохорони Херсонщини зібравшись для вирішення питань, зв'язаних з оздоровленням праці й побуту робочих, трудового селянства Херсонщини запевняє НКОЗ, що в основу роботи буде покладено постанови ЦК ВКП(б) щодо поліпшення медсанобслуговування робітників, біднішої селянської маси і, що всі медробітники на поліпшення обслуговування робочих й соцсектора сільського господарства віддадуть всю свою енергію та знання.

Президія З'їзду.

(*Телеграма з 27-V 1930 р.*).

3. Третя крайова конференція при одеському тубінституті що об'єднує протитуберкульозну сітку та робітничо-селянську суспільність одинадцяти, округ, палко вітає вас запевняє, праці конференції правлять за новий стимул для найбільшого напруження сил і знання, щоб виконати завдання охорони здоров'я, що висуває теперішній період соціялістичного будівництва, яке провадиться під керівництвом компартії.

Президія конференції *Розенбліт*.

4. Нарада райздоровінспекторів об'єднавих округ Вінницької, Могилівської та Тульчинської вітає Ниркомздоров'я та запевняє, що всі медробітники прикладуть всі зусилля, щоб своєчасно виконати завдання партії та уряду, що покладені в зв'язку з реконструкцією народнього господарства. Учасники наради оголошують себе за ударників в медобслуговування соцсетора села підчас всієї уборочної кампанії.

З доручення наради *Шойхет*.

(телеграма на адресу наркома здоровоохорони т. *Канторовіча*).

НАКАЗ № 42

По Народньому Комісаріяту охорони здоров'я УСРР 27 червня 1930 року.

м. Харків.

У червні м-ці 1930 р. відбувається десятиріччя роботи тов. Туркельтауба Льва Самійловіча, на посаді начальника Українського Курортового Управління.

Т. Туркельтауб є головним організатором всієї курортової справи в УСРР, і під його активним керівництвом курорти УСРР набули значного розвитку та змогли обслужити робітників та селян УСРР.

Керуючи курортовою справою, т. Туркельтауб Лев. Самійловіч, поклав всі сили та невтомну енерґію й великий досвід не тільки на господарчий розвиток курортів, розвинення їхніх лікувальних засобів та матеріяльних ресурсів, але й на організацію курортової допомоги в широкому розумінні — правильний відбор хворих, вивчення наслідків лікування, утворення багатьох лікувальних установ, наслідком чого українські курорти по своїй кваліфікації санаторно-курортної продукції є в перших лавах інших курортів Радянського Союзу.

Вітаючи т. Туркельтауба з днем 10 річчя його роботи на посаді начальника Українського Курортового Управління, висловлюю йому подяку від імени Народнього Комісаріяту охорони здоров'я та бажаю йому дальнішої успішної роботи на шляху здійснення завдань оздоровлення трудящих мас і вважаю за потрібне порушити перед Урядом УСРР клопотання про нагороду т. Туркельтауба орденом Трудового Червоного Прапора.

О. П. Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*.

Відповідальний редактор *С. І. Канторовіч*.

Укрполіграфоб'єднання. Харків, Третя Друкарня ім. Фрунзе. Укрголовліт 5-жб.
Зам. 1575. Прим. 2.900.

IV-а. Інфекційні захворування по округових містах УСРР за квітень 1930 року.

Округові міста	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina	Хапльок Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Артемівське	41 088	—	—	—	—	—	21	—	162	40	32	2	471
2. Бердичів	61 734	7	—	2	—	3	6	—	118	50	3	21	724
3. Біла Церква	43 904	5	5	1	—	—	2	—	148	12	19	5	51
4. Вінниця	60 424	10	1	1	—	—	2	—	102	11	18	8	150
5. Глухів	17 436	5	—	—	—	—	1	—	3	5	—	1	5
6. Гумань	47 186	2	2	4	—	—	2	—	103	12	1	6	203
7. Дніпропетровське	268 138	45	7	1	—	12	579	—	365	157	72	64	4 381
8. Житомир	84 546	8	—	1	—	—	—	—	82	39	16	6	156
9. Запоріжжя	69 166	5	2	1	—	2	119	—	136	42	40	2	901
10. Зінов'ївське	73 679	6	4	—	—	—	8	—	123	26	4	5	203
11. Ізюм	10 793	2	—	1	—	—	30	—	1	3	5	1	10
12. Кам'янець	34 011	1	—	1	—	—	—	—	167	7	—	5	143
13. Київ	583 334	22	4	17	—	—	32	—	539	145	95	87	4 430
14. Конотіп	35 032	—	2	—	—	—	5	—	126	4	1	7	138
15. Коростень	15 508	2	—	—	—	1	—	—	15	11	16	3	115
16. Кременчук	61 332	4	—	3	—	—	93	—	35	35	17	3	58
17. Кривий-Ріг	40 647	4	—	—	—	9	54	—	96	23	33	4	620
18. Куп'янське	16 559	—	—	—	—	—	18	—	—	2	—	—	93
19. Лубні	22 202	—	4	—	—	—	36	—	41	5	2	—	42
20. Луганське	79 327	4	—	1	—	3	28	—	88	38	33	3	727
21. Маріупіль	46 901	1	—	—	—	—	24	—	148	22	12	3	375
22. Мелітопіль	28 826	9	3	3	—	—	28	—	26	8	2	5	1
23. Миколаїв	112 786	3	2	—	—	1	20	—	108	54	39	12	1 187
24. Могилів	24 546	—	—	1	—	—	—	—	66	1	5	3	79
25. Ніжень	40 972	3	2	2	—	—	7	—	5	5	1	4	233
26. Одеса	485 683	20	3	18	—	—	48	—	781	101	24	69	233
27. Першомайське	33 205	1	4	—	—	—	8	—	6	27	4	4	66
28. Полтава	95 978	2	1	1	—	—	22	—	28	24	1	16	308
29. Прилука	28 391	—	—	—	—	—	1	—	65	5	—	8	112
30. Проскурів	33 559	1	—	—	—	—	3	—	5	27	2	3	66
31. Ромен	27 247	7	3	2	—	—	105	—	131	2	2	14	416
32. Сталіне	145 323	11	—	2	—	1	44	—	272	50	10	8	383
33. Старобільське	15 337	1	—	—	—	1	28	—	1	2	3	—	34
34. Суми	46 645	—	—	1	—	—	9	—	17	15	14	1	228
35. Тульчин	18 456	—	—	1	—	—	—	—	28	2	—	—	120
36. Харків	432 801	22	—	5	—	—	61	—	1233	310	57	70	562
37. Херсон	77 279	4	1	1	—	3	208	—	76	9	2	3	197
38. Черкаси	48 124	2	1	1	—	—	9	—	206	3	18	1	164
39. Чернігів	37 822	7	—	4	—	—	5	—	17	9	33	9	83
40. Шепетівка	18 422	—	—	—	—	—	—	—	5	2	—	1	199
41. Тираспіль	24 871	7	—	1	—	4	3	—	58	7	57	—	130
Всього по окрмістах УСРР за квітень 1930 р.	3 489 220	233	51	77	—	40	1 669	—	5 732	1352	693	467	18 797
Всього по УСРР за березень 1930 р.	3 489 220	303	45	93	—	55	1 092	1	6 622	1521	752	513	16 930
Всього по УСРР за квітень 1929 р.	3 363 287	228	56	74	—	33	1 669	—	1 854	876	506	253	14 952

Округові міста	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg sic	Опониця мізк-стр. поп. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В тому числі: Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В тому числі: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	1	—	1	—	—	—	—	67	8	29	1	3	5	34	—	11	21
2. Бердичів	3	—	7	—	—	—	—	120	122	31	2	2	—	21	—	23	1
3. Біла Церква	—	—	1	—	—	—	—	23	9	8	1	1	2	12	—	2	13
4. Вінниця	—	—	1	—	—	—	—	105	44	15	2	10	—	21	—	—	13
5. Глухів	—	—	—	—	—	—	—	102	6	4	—	—	—	4	—	—	1
6. Гумань	—	—	—	—	—	—	—	51	21	33	—	1	—	11	—	12	2
7. Дніпропетровське	1	—	10	—	1	—	—	799	305	119	18	10	32	187	—	100	60
8. Житомир	1	1	1	—	—	—	—	49	28	8	—	2	—	31	—	5	15
9. Запоріжжя	—	—	6	—	—	—	—	77	20	28	1	1	—	56	—	58	10
10. Зінов'ївське	—	—	2	—	1	—	—	193	32	44	—	—	4	47	—	11	22
11. Ізюм	—	—	—	—	—	—	—	9	6	10	—	—	—	2	—	2	4
12. Кам'янець	2	—	—	—	—	—	—	62	69	15	8	—	—	11	—	1	16
13. Київ	—	—	9	—	—	—	—	1 147	419	221	24	17	32	153	—	31	57
14. Конотіп	—	—	—	—	—	—	—	168	90	23	1	6	—	14	—	3	17
15. Коростень	—	—	1	—	—	—	—	46	13	10	4	1	—	9	—	—	12
16. Кременчук	—	—	7	—	—	—	—	129	90	70	2	2	1	58	—	9	2
17. Кривий-Ріг	2	—	2	—	—	—	—	65	2	25	3	5	—	59	—	30	6
18. Куп'янське	—	—	—	—	—	—	—	33	17	4	—	—	—	9	—	7	3
19. Лубні	—	—	—	—	—	—	—	54	35	10	2	—	—	15	—	2	8
20. Луганське	—	—	1	—	—	—	—	164	30	44	—	4	—	58	—	29	37
21. Маріупіль	—	—	—	—	—	—	—	121	54	15	1	3	1	31	—	22	2
22. Мелітопіль	—	—	1	—	—	—	—	37	9	10	2	4	1	39	—	8	21
23. Миколаїв	—	—	—	—	—	—	—	243	202	92	5	8	25	142	—	26	13
24. Могилів	—	—	—	—	—	—	—	61	4	14	4	—	—	14	—	—	17
25. Ніжень	—	—	4	—	—	—	—	198	101	7	—	1	—	1	—	—	17
26. Одеса	—	1	13	—	—	—	—	585	208	354	23	11	40	320	—	11	118
27. Першомайське	—	1	2	—	—	—	—	72	41	5	—	—	—	7	—	24	3
28. Полтава	—	—	4	—	—	—	—	210	207	37	—	1	1	47	—	15	6
29. Прилука	—	—	1	—	—	—	—	45	5	11	—	—	2	11	—	5	1
30. Проскурів	—	—	—	—	—	—	—	15	10	15	—	—	1	16	1	2	13
31. Ромен	—	—	—	—	—	—	—	66	48	13	—	5	1	12	—	16	5
32. Сталіне	3	—	—	—	—	—	—	135	43	39	3	2	4	52	—	96	22
33. Старобільське	—	—	—	—	—	—	—	29	14	1	—	—	—	12	—	5	8
34. Суми	—	—	—	—	—	—	—	228	7	14	—	—	—	26	1	4	12
35. Тульчин	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	12	9
36. Харків	—	—	11	—	—	—	—	513	264	184	8	7	23	283	—	136	137
37. Херсон	3	—	—	—	—	—	1	274	131	54	3	8	—	43	—	88	9
38. Черкаси	—	—	1	—	—	—	—	129	97	54	4	—	—	32	—	1	1
39. Чернігів	—	—	1	—	—	—	—	307	117	30	—	1	2	60	—	—	—
40. Шепетівка	2	—	3	—	—	—	—	114	17	9	—	—	—	16	—	2	7
41. Тираспіль	—	—	—	—	—	—	—	63	—	12	1	1	—	25	—	38	27
Всього по окрмістах УСРР за квітень 1930 р.	18	3	90	—	2	—	1	6 919	2 945	1 721	123	117	177	2 001	2	847	768
Всього по УСРР за березень 1930 р.	21	9	92	—	8	1	3	8 858	3 865	2 269	155	258	205	1 971	—	772	1 010
Всього по УСРР за квітень 1929 р.	18	6	100	—	10	1	1	8 678	3 799	1 862	98	274	219	1 825	1	793	1 008

Увага: В квітні місяці 1930 р. зазначено 1 випадок прокази на Херсонщині.

IV. Інфекційні захворування по округах УСРР за квітень 1930 р.

Округи	Населення на 1-I-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthomaticus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphthoria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульова інших органів Tubercul. cetor. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: в т. ч. Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: в т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	822 405	21	11	4	—	5	869	—	953	348	229	43	4 850	10	—	3	—	3	—	—	571	130	140	12	15	6	197	2	224	304
2. Бердичівська	761 175	142	3	39	—	24	13	—	489	233	89	93	1 748	8	3	24	—	—	—	1	831	259	118	13	8	—	62	9	71	260
3. Білоцерківська	886 087	62	8	19	—	5	39	—	934	140	154	72	1 374	6	—	26	—	1	—	—	685	162	76	4	20	4	53	4	157	238
4. Вінницька	795 629	74	2	21	—	1	14	—	291	221	67	64	786	6	—	19	—	—	—	2	368	113	56	5	25	2	54	—	39	233
5. Волинська	722 289	34	1	13	—	36	10	—	358	592	82	46	1 007	10	3	5	—	1	—	—	441	83	63	13	27	—	79	1	46	424
6. Глухівська	566 111	19	—	44	—	3	238	—	231	74	98	55	695	6	1	15	—	4	—	—	584	128	87	4	14	2	44	—	26	534
7. Гуманська	920 462	79	5	42	—	9	128	—	819	204	181	89	1 770	19	2	4	—	7	2	6	825	190	183	6	27	4	98	2	150	206
8. Дніпропетровська	1 387 606	94	23	20	—	52	2136	—	1 355	657	391	141	7 303	29	5	17	—	4	—	4	1 516	506	209	40	58	38	343	1	788	672
9. Запорізька	573 883	24	6	5	—	11	634	—	793	165	304	34	1 884	6	—	10	—	1	—	—	388	45	91	3	25	—	94	—	221	251
9a. Дніпрельстан		—	—	1	—	—	117	—	170	15	14	1	1 157	—	—	4	—	—	—	—	86	12	10	1	—	—	45	—	13	60
10. Зінов'ївська	802 244	61	8	—	—	23	383	—	860	205	105	30	1 078	11	—	17	—	5	—	1	652	128	155	7	9	6	106	1	265	288
11. Ізюмська	394 951	17	—	16	—	4	617	—	493	116	196	29	767	5	—	1	—	4	—	2	265	39	119	16	—	3	58	2	264	652
12. Кам'янецька	549 209	59	1	11	—	3	4	—	198	121	1	49	718	3	1	1	—	—	—	—	354	176	35	11	7	—	36	1	34	136
13. Київська	1 693 547	54	5	28	1	5	181	—	906	305	369	155	6 534	6	—	26	—	—	2	—	2 027	634	330	38	41	35	253	2	261	744
14. Конотіпська	673 800	13	2	9	1	6	86	—	493	120	106	35	1 609	6	—	4	—	—	2	—	938	228	55	4	29	—	46	4	69	391
15. Коростенська	543 248	30	1	6	—	1	5	—	71	152	162	22	892	—	—	15	—	—	—	1	392	50	40	5	10	—	54	—	30	387
16. Кременчуцька	812 516	23	—	29	—	9	367	—	522	121	87	32	727	13	1	11	—	—	—	1	465	154	91	7	7	1	113	—	67	186
17. Криворізька	601 611	25	2	6	—	20	1130	—	817	143	316	36	2 517	6	1	4	—	1	—	3	411	67	98	7	44	3	132	1	311	405
18. Куп'янська	445 864	44	6	9	1	7	188	—	93	58	193	12	839	7	2	7	—	2	—	—	352	116	51	—	—	2	56	—	193	397
19. Лубенська	580 837	4	4	34	—	8	167	—	487	23	101	22	873	—	—	4	—	3	—	1	503	132	52	3	5	—	50	2	57	123
20. Луганська	671 206	48	12	1	—	9	601	—	772	179	247	48	3 423	46	—	3	—	—	—	—	429	71	139	25	48	3	159	5	221	267
21. Маріупільська	449 007	16		2	—	2	362	—	426	252	380	25	1 990	11	—	3	—	4	—	—	495	150	73	8	29	4	106	—	293	281
22. Мелітопільська	775 229	45	19	26	—	36	1025	—	938	98	212	71	1 177	8	2	9	—	7	—	3	602	80	78	4	7	1	124	1	300	585
23. Миколаївська	520 738	22	2	2	—	10	299	—	350	124	216	39	1 816	12	—	8	—	1	—	—	419	225	118	5	16	30	165	—	81	226
24. Могилівська	531 748	19	1	44	—	10	27	—	308	51	101	36	814	15	1	—	—	3	—	—	351	71	58	5	8	—	62	—	17	138
25. Ніженська	483 617	19	7	7	—	4	159	—	195	42	67	31	1 353	9	1	9	—	1	—	—	722	207	57	2	19	2	30	—	72	301
26. Одеська	948 123	31	4	26	—	10	255	—	1 512	195	332	89	1 273	5	1	26	—	11	—	1	950	274	402	23	11	40	360	—	140	447
27. Першомайська	686 416	39	9	5	—	18	157	—	511	253	41	60	1 052	18	3	75	—	9	—	2	352	153	64	9	12	6	55	2	151	180
28. Полтавська	1 121 502	25	6	42	—	—	876	—	1 137	156	81	63	2 524	8	—	14	—	2	—	3	1 140	412	114	1	8	3	145	1	236	527
29. Прилуцька	522 795	15	2	4	—	2	47	—	114	55	15	17	560	1	1	13	—	2	—	1	636	103	95	3	19	2	30	—	118	99
30. Проскурівська	587 051	10	2	21	—	3	10	—	92	185	50	34	438	4	1	9	—	2	—	—	198	80	33	3	4	2	40	2	53	120
31. Роменська	547 033	17	3	18	—	—	189	—	386	57	82	37	1 185	17	—	6	—	2	—	—	446	130	100	4	19	1	22	1	83	189
32. Сталінська	750 857	21	1	12	—	9	572	10	999	185	303	29	4 478	21	—	5	—	2	—	—	908	286	182	8	6	9	199	—	328	339
33. Старобільська	500 872	36	2	6	1	3	684	—	287	74	219	14	799	13	1	3	—	1	—	1	364	143	165	—	—	2	136	—	259	1 035
34. Сумська	734 236	16	4	25	—	6	118	—	1 012	292	215	21	1 595	1	—	2	—	2	1	1	906	153	55	3	1	—	72	2	273	421
35. Тульчинська	723 460	20	—	25	—	1	27	—	354	271	104	50	1 276	2	3	17	—	13	—	—	453	103	149	4	1	2	56	1	83	184
36. Харківська	1 671 018	80	3	50	—	21	839	—	2 394	647	331	127	4 028	26	4	32	—	1	2	2	1 587	543	317	34	87	29	377	1	668	1 696
37. Херсонська	606 596	36	6	8	—	44	1458	—	1 510	148	188	76	1 357	23	1	12	—	7	—	7	796	182	113	12	34	1	105	2	264	372
38. Чернігівська	544 697	24	2	27	—	1	109	—	284	71	69	51	641	—	—	4	—	4	—	—	676	154	49	2	12	2	78	—	41	306
39. Шевченківська	1 176 529	63	5	36	—	15	202	—	925	93	213	54	1 102	2	—	7	—	1	1	2	1 214	454	214	7	10	2	128	—	206	369
40. Шепетівська	684 143	50	3	18	—	7	3	—	219	86	21	36	1 009	20	—	5	—	—	1	2	597	148	132	10	24	2	78	1	40	342
41. АМСРР	593 200	59	3	36	—	26	214	1	1 044	175	299	54	1 596	31	—	40	—	4	—	—	482	132	146	7	19	9	119	2	115	191
Разом	30 363 547	1 590	184	797	4	469	15559	11	27 102	7 702	7 036	2 122	74 614	450	38	519	—	115	11	47	27377	7 606	4 912	378	765	258	4 622	53	7 328	15506
Залізниці: 1. Південні	—	3	1	5	—	4	168	—	534	58	57	20	1 553	4	—	—	—	—	—	1	467	197	42	2	5	11	64	—	29	98
Залізниці: 2. Донецькі	—	2	1	1	—	—	157	—	245	58	41	2	1 554	—	—	—	—	—	—	—	185	24	35	1	9	11	69	1	28	30
Залізниці: 3. Південно-Західні	—	12	4	5	—	3	66	—	532	82	112	35	2 747	—	—	6	—	—	—	—	357	75	136	13	29	23	110	—	23	111
Залізниці: 4. Катеринівські	—	8	2	1	—	1	229	—	271	76	48	13	1 979	1	—	4	—	—	—	—	97	20	37	5	26	1	67	—	32	77
Разом	—	25	8	12	—	8	620	—	1 582	274	258	70	7 833	5	—	10	—	—	—	1	1 106	316	250	21	69	46	310	1	112	316
Всього по УСРР за квітень 1930 р.	30 363 547	1 615	192	809	4	477	16179	11	28 684	7 976	7 294	2 192	82 447	455	38	529	—	115	11	48	28483	7 922	5 162	399	834	304	4 932	54	7 440	15822
Всього по УСРР за березень 1930 р.	30 363 547	2 053	178	946	3	500	9407	3	31 220	8 922	6 263	2 323	82 704	434	52	495	1	145	6	29	30978	8 561	6 455	533	1 131	329	5 430	49	8 153	20137
Всього по УСРР за квітень 1929 р.	30 363 547	924	129	751	12	278	10103	—	7 189	4 094	3 263	1 202	62 835	400	56	514	—	108	1	21	29297	7 917	5 135	356	1 151	323	4 410	57	7 066	25149

Увага: В квітні м-ці 1930 року зареєстровано 2 випадка на проказу 1 випадок на Кам'янеччині; 1 випадок на Херсонщині.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, Картковому репертуарі, та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

Видавництво „Наукова Думка“. Харків, вул. Вільн. Академії, 6/8

№ 14-16 | 30 вересня 1930 року | № 14-16

Центр. Наукова ... імени Короленка ... Харків

З М І С Т.

ПОЛІТИКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ.

1. С. І. Канторовіч. Здоровохорона та раіонування.
2. С. І. Канторовіч. Про посилення шефської роботи.
3. О. М. Марзеєв. Районова санітарна організація.
4. Д. В. Кузнецов. Саносвіта в новому районі.

ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

I. Постанови Роб. Селянського Уряду та вищих профорганів: 175. Про заходи сприяння винахідництву. (Додано наказ по НКОЗ з 19 серпня 1930 року). 176. Положение о штатно-окладной системе оплаты преподавательского персонала ВУЗ'ов СССР. 177. Про забезпечення медсанустанов приміщеннями (лист ВУЦВК'у). 178. Про збільшення уваги питанням здоровоохорони (лист Заст. Голови РНК). 179. Про збільшення уваги профорганізацій питанням охорони здоров'я (лист. ВУРПС). 180. Про постачання лікарень харчовими продуктами (радіосхема Наркомторга т. Вейцера).

II. Розпорядження Наркомздоров'я. 181. Лік.-профілакт. частина. Про додержування суто-клясового підходу в медобслуговуванні різних груп населення. 182. Про поліпшення медсанобслуговування наймитів. 183. Про обслуговування меддопомогою закордонних спеціялістів. 184. Про складення умов за всіма радгоспами. (Додано умови з Зернотрестом та іншими радгоспоб'єднаннями). Сан.-Епідеміологічна частина. 185. Про перевозку хворих на заразливі хвороби залізницею. *(Додано правила)* 186. Про термінові повідомлення щодо розвитку кишкових захворувань, 187. Про сандогляд місць продажу харчпродуктів на транспорті. Організаційна частина. 188. Про контрольні цифри та кошториси охорони здоров'я по міських і районих бюджетах. 189. Положення про санітарного лікаря ПТУ. 190. Про облік військово-зобов'язаних. 191. Про належний стан обліку військово-зобов'язаних лікарів. 192. Положення про діяльність НКОЗ в галузі фізкультури. Кадри. 193. Про організацію курсів підвищення кваліфікації молодшого медперсоналу. (*Додано положення та навчальний плян*).

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів. 1. Про шефство медсанустанов. 2. Про обов'язкове щеплення проти дифтерії. 3. Про Інтернатуру наступного року. 4. Про медінститут в. м. Сталіні. 5. Про Інститут Здоровохорони в Харкові. 6 Про новий Інститут Удосконалення лікарів. 7. Про стан і перспективи саносвітроботи в Харкові. 8. Теж на Луганщині. 9. Про заходи щодо збільшення пільг медработникам. 10. Про поліпшення матеріяльно-побутових умов медробітників.

IV. Різні об'яви та оголошення. І. Про журнал Охматдиту та ОЗДП. 2. Спис медробітників, що свавільно кинули роботу. 3. Привітання Наркомздоров'ю. 4. Конкурси.

V. Інфекційні захворування по округах України за червень 1930 року.

V-а. Теж по окрмістах.

ПОЛІТИКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

С. І. Канторовіч

Здоровоохорона й районування

Нинішня реформа, що зводиться до перенесення центру ваги адміністративно - господарського управління в район, що зводиться до реконструкції всього нашого керівництва периферією потребує тепер в момент фактичної реалізації накресленої реформи адміністративного апарату та всього керівництва — великого напруження сил і яко мога чіткішого вирішення всіх тих питань, що виникають перед органами здоровоохорони в зв'язку з запровадженою реформою.

Якщо досі Наркомат мав можливість своїм безпосереднім управлінням в тій або іншій мірі охопити свої окружні органи, то після ліквідації округ мова йде вже про керівництво зовсім іншого порядку. Нема потреби Наркомздоров'ю управляти всіма своїми численними районними інспектурами в безпосередньому розумінні цього слова. Мова повинна йти про надання яко мога більшої волі місцям в розумінні регулювання справи здоровоохорони, в розумінні її дальшого розвитку на основі тих директив, що повинен давати Наркомат.

Мережа наша на теперішній момент надзвичайно недостатня. Нема будьякого сумніву в тім, що райвиконкоми почувши себе повноправними хазяями на терені свого району, після того, як засукавши рукава взялися розвивати і господарське, і культурне життя району, належну увагу приділять і заходам культурно - соціяльного характеру.

Поруч заходів в галузі культурно - освітньої роботи, в галузі загального навчання передовсім, стоїть і таке величезне завдання, як здоровоохорона в широкому розумінні цього слова: боротьба з епідеміями, впорядкування міст і сел, здійснення широких оздоровних заходів, оздоровлення дитинства, підлітків, перевід всієї медсанмережі на нову систему— систему єдиних диспансерів, розвиток нового медсанбудівництва з тим, щоб збільшити і лікарняну мережу, і амбуляторну, і поліклінічну, і мережу установ для охорони материнства й дитинства.

Перевід центру ваги всієї нашої роботи в район — є справа надзвичайно важлива й відповідальна, через що вимоги, які ми ставимо до місць, полягають в тому, щоб реформу було переведено з найбільшою чіткістю.

Вже тепер виникає низка питань бюджетового порядку. Наркомздоров'я має можливість взяти на утримання за держбюджетом невелику кількість установ, що мають не тільки міжрайонний, але в тій або іншій мірі республіканський характер. Решта мережі, що її раніше відали окрвиконкоми, утримуючи за рахунок окружних коштів, себ-то вся та мережа установ, що мають фактично міжрайонний характер і обслуговуватимуть не тільки той район, на терені якого розташовані ці установи, але й низку, а вдеяких випадках і велику кількість сусідніх районів — уся ця мережа повинна перейти у відання відповідних райвиконкомів. За цього, залежно залежно від моци бюджету того чи іншого РВК або міськради, залежно від розміру й характеру обслуговування населення тою або іншою установою з республіканського фонду регулювання треба виділити відповідні кошти, як дотацію на утримання цих установ.

Наркомздоров'я не вважав за можливе і не вважає за доцільне взяти в своє відання велику кількість окружних установ, бо керувати такими

просто з центру буде досить трудно. Місцевій владі інтереси цих установ ближчі. Видаючи ту дотацію з фонду регулювання, нема чого вилучати всю численну мережу окружних установ з відання місцевих райвиконкомів. Звичайно, нам доведеться, детально опрацювати питання про те, які райони повинні обслуговувати ці установи, звідки, з'яких районів повинні надсилатися хворі в ту або іншу велику установу. Нам треба вже зараз взяти на себе регулювання цієї справи, в противному разі ми можемо стикнутись з цілою низкою непорозумінь.

Є, проте, такі установи, що вже з самого початку повинні перейти з відання наркомату. Крім тих, що про них річ ішла вище на утримання державного бюджету переходить вся мережа, не тільки мед. ВИШ'ів, але й технікумів, готують нові медичні кадри — і вся ця мережа повинна бути в віданні наркомату. Звичайно, це аніяк не позбавляє місцевих міськрад або райвиконкомів права розгортати мережу, скажемо, середніх шкіл, за рахунок місцевого бюджету. Навпаки, Наркомздоров'я всіляко стимулюватиме такі прагнення райвиконкомів та Рад. Проте, мережа, що вже організується в галузі підготовки медичних кадрів, за постановою Раднаркому, — повинна бути в віданні центральноео відомства.

Фонд медичної допомоги, призначений переважно для обслуговування робітничого населення зі всієї маси застрахованих, також треба централізувати і розподіляти з розпорядження Наркомздоров'я в такий спосіб, щоб спільно урахувати при цьому і значення даного району, і кількість пролетаріяту, що живе в ньому і т. інш.

Як уявляє собі Наркомздоров'я керівництво своїми районними інспекторами?

Мова повинна йти, як цілком правильно зазначає т. Затонський в своїй статті, не про „циркулярне“ керівництво не про дріб'язкову опіку над численними районами. Повинно керівництво місцями через плянування, друкуванням в медичних журналах і в загаленій пресі директивних статей в найважливіщих принципових питаннях, що стоять перед органами охорони здоров'я в зв'язку з реконструктивним періодом. Треба притягти всю нашу периферію до обговорення тих важлпвих проблем, що стоять і надалі стоятимуть перед наркоматом. Маючи це на меті, Наркомат вже тепер вирішив по найважливіших і пекучіших питаннях відкрити в медичній пресі, в тих журналах, що видаються на Україні, дискусію для того, щоб в такий спосіб добитися якомога ширшого втягнення в диссусію медичного та робітничо-селянського активу. Для цього треба терміново вирішити питання про якнайширше розповсюдження наших медичних журналів на периферії. Мова повинна йти не тільки про втягнення иедперсоналу, який повинен брати участь в обговоренні всіх важливих наших питань, мова повинна йти і про той величезний робітниче-селянський актив, що є тепер у нас і що в наступному має ще збільшитись.

Такі питання, як питання організації єдиних диспансерів, наближення здоровоохорони до мас, наближення її до виробництва, вивчення умов праці й побуту, вивчення профзахорувань, всебічна боротьба з ними, тісний зв'язок медичних робітників з медичною масою та бідняцько-ссередняцьким селянством, питання розвитку спеціяльних видів медичної допомоги, питання організації боротьби з епідеміями, боротьба з дитячою смертністю, з дитячими інфекціями, організація масових установ для оздоровлення дитинства, боротьба з соціяльними хворобами в широкому розумінні цього слова, організація радянської суспільности навколо питань здоровоохорони, організація комісій для оздоровлення праці й побуту,

осередків здоровоохорони на підприємствах, сантіарних комісій в місті й на селі, питання соцзмагання ударництва в лікустановах, шефства окремих наших установ над підприємствами, робітничими селищами, колгоспами, комунами і т. інш. — всі ці питання потрібують того, повторюю, щоб до їхнього обговорення було втягнено якомога більше пролетарської суспільности. Ось чому роля медичної преси тепер особливо посилюється — наша преса набуває особливого значення і її треба зробити якомога змістовнішою та якнайбільш цікавою. Раніш, ніш вирішити те або інше велике принципіяльне питання, ніж зробити розпорядження по тому, або іншому великому питанню, писати директиву з того або іншого серйозного приводу, дуже бажано й потрібно в дискусійному порядкові поставити ці питання в відповідних журналах і добитися якомога всебічного їх висвітлення.

Недавно проведено реорганізацію Наркомздоров'я. Цю реорганізацію тіснішим чином зв'язано з ліквідацією округ.

Центральною частиною наркомата — є його пляновий сектор, який повинен бути міцною та найкваліфікованою частиною наркоматівського апарату. Тут повинні опрацьовуватись всі пляновi питання за директивами колегії наркомату, звідси опрацьовані та затверджені пляни повинні перейти в оперативні сектори, які повинні взяти на себе обов'язок реалізувати ці пляни на периферії. Природньо, треба буде поставити систематичний нагляд за життям районів, систематично обслідувати окремі райони, для того, щоб на основі наслідків обслідування окремих груп районів робити висновки щодо всієї периферії

Сектор кадрів в наркоматі, зважаючи на те, що стан медичних кадрів є тепер одне з найвужчих місць в нашій роботі, повинен взятись за серйозну й найскорішу підготовку потрібних кадрів медичних робітників і не тільки лікарів, а й середньо-медичного персоналу, щоб можна було найближчими роками укомплектувати периферію потрібною кількістю медперсоналу. Сектор науки, санітарної культури й побуту повинен взяти на себе завдання опрацювати питання, зв'язані з реконструкцією нашого побуту, з організацією громадського харчування, з підведенням наукової бази під питання, що зв'язані з реорганізацією громадського харчування, розвитком доброустрою та житлового будівництва.

У середині наркомату велику увагу зараз треба приділити також таким апаратним частинам, як інформаційній частині, яка потім триматиме наркомат в курсі всього того, що робить периферія, та обліково-розподільчій частині з тим, щоб домогтися можливо кращого перерозподілу маси медробітників по всій країні. Тут мета — в тім, щоб забезпечити медперсоналом місця, та щоб певні категорії робітників відповідно до тої номенклатури посад, що її зараз встановлено наркоматом, були на відповідному обліку в наркоматі. Не менш уваги треба також приділити медичній статистиці. Ми знаємо, яке величезне значення в роботі наркомату має медична статистика і своєчасне одержання потрібних та статистичних відомостей.

На районового інспектора ми покладаємо керівництво всією справою охорони здоров'я в районі, керівництво установами здоровоохорони, складання районового пляну розвитку здоровоохорони, організацію його здійснення, запрошення відповідного медсанперсоналу, вжиття заходів до забезпечення перекваліфікації медперсонала, організацію судово-медичної експертизи, переведення відчитної та статистичної роботи, організацію лікувально-профілактичної допомоги та спеціяльних видів обслуговування населення, організацію всіх видів санітарного догляду, вжиття заходів

до попередження 'зараження соціяльними та професіональними захворуваннями і боротьба з ними, організацію справи санітарної освіти, охорони материнства та мзаденства, охорони зооров'я дітей та підлітків, організацію лікарського догляду фізкультури, втягнення та організацію радянської суспільности навколо питань здоровоохорони.

Проте, не може, природньо, одна людина, що буде в штаті райвиконкому по лінії здоровоохорони, впоратись зі всіма цими численними обов'язками. Ось чому нам треба здійснити в районах і містах ту думку, що її висловив т. Затонський у своїй статті про потребу зосередити навколо наших районних інспектур та навколо секцій здоровоохорони міськрад той лікарський актив, що може дати велику користь в справі поліпшення керівництва здоровоохороною в цьому районі або місті. Ось чому виникла думка в наркоматі про потребу організувати лікарські ради. Ось чому треба ще й ще раз підкреслити потребу організації комісій для оздоровлення праці й побуту та громадських осередків.

Зважаючи на те, що епідемічний стан республіки надзвичайно тяжкий і зважаючи на те, що далеко не в усіх 1айонах є тепер санітарний лікар, а тим часом він повинен буде відогравати в роботі районів, в галузі здоровоохорони надзвичайнб важливу ролю, Наркомздоров'я зазначив місцям потребу виділити цих санітарних лікарів. Надалі природньо кожний район треба буде забезпечити санбакляболраторією. Їх тепер у нас, на жаль, не так багато, щоб забезпечити кожний район окремою лябораторією. Ті лябораторії, що досі були в округах, повинні будуть взяти на себе обслуговування низки районів, себто, стати міжрайонними.

Основну одиницю санітарної мережі по районах Наркомздоров'я встановлює — районну санітарну станцію і в сучасний момент вже вживається заходів до організації спеціяльних курсів для підготовки тих лікарів, що ними треба буде потім забезпечити ці санітарні станції.

Отже, завдання, що стоять перед районними інспекторами, як видно з цього далеко неповного переліку, досить значні. Ось чому думка про організацію районних лікарських рад при районних інспекторах, про втягнення, таким чином, в справу керівництва здоровоохороною в районі, якомога більш активних елементів з лікарської маси района — є питання надзвичайно важливе.

Питання, на якому треба окремо зупинитись — це питання щодо поліпшення матеріяльно-побутових умов медичних робітників. Треба не тільки добитися перерозподілу лікарської маси та всієї маси медичного персоналу, з тим, щоб повніше забезпечити райони потрібними кадрами з тих нявних кадрів, що є в нас тепер, але треба на місцях утворити такі матеріяльно-побутові умови для лікаря, щоб закріпити його на периферії.

Забезпечення участкового лікаря літературою, радіофікацією участків, читання доповідей та лекцій по радіо, забезпечення лікарів транспортом, поліпшення їх матеріяльного стану (підвищення зарплатні) та боротьба зі всіма перекрученнями нашої політики щодо лікарів-спеціялістів — все це має велике значення в нашій роботі, на все це треба звернути пильну увагу. Треба домогтися підбору цілком здатного складу районових зоровінспекторів, які б могли чітко й твердо переводити в життя нашу клясову лінію й ті директиви, що їх даватиме Наркомздоров'я по лінії здоровоохорони.

ЛИСТ НАРКОМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я т. КАНТОРОВІЧА ПРО ПОСИЛЕННЯ ШЕФСЬКОЇ РОБОТИ

Дорогі товариші!

Не зважаючи на неодноразові директиви наркомата про потребу приділити яко мога більше уваги питанню шефства, шефство, однак, до цього часу не має ніякого розвитку в нашій роботі. Тимчасом, шефська робота безперечно може дати величезну користь, але для цього треба, щоб її з самого ж початку було поставлено якомога конкретніше.

Тепер деякі інститути провадять шефство над окремими колгоспами, комунами, підприємствами. Проте, ця шефська робота, як правило, зводиться до санітарно-освітньої.

Звичайно, санітарна освіта повинна займати помітне місце при переведенні шефства. Однак, неможна вважати, що шефство можна обмежити однією лише санітарно-освітньою роботою.

Безперечно, що робітнича маса та селянство проявляють величезний інтерес до питань здоровоохорони; безперечно, що доповіді наукових інститутів про їхню діяльність на підприємстві зустрічають великий інтерес та жвавий відгук з боку робітничої маси даного підприємства. Робітники надзвичайно охоче слухають доповіді наших наукових інститутів про їхню діяльність, про перспективи їхнього розвитку, про їхню науково-дослідчу роботу, про роботу, яку вони накреслили в перспективі і т. інш. Безперечно, що шляхом такого жвавого освітлення питань, зв'язаних з науковою діяльністю наших інститутів, дуже легко встановити безпосередній зв'язок між робітниче-селянською масою й тими численими інститутами, що на сьогоднішній день вже є у нас.

Але, коли я говорю про конкретну роботу в переведенні шефства, я маю на увазі, що окремі наші інститути, будь-то науковий інститут або мед. ВИШ, окрема наша лікувальна та профілактична установа, будь то велика лікарня, диспансер, або дитяча консультація, — можуть і повинні надавати конкретну допомогу колгоспам, радгоспам, комунам, підприємствам, робітничим селищам шляхом організуючи або окремі амбуляторії, або пункти першої допомоги, або застосовуючи такі нові методи у роботі, як організація пересувних консультацій, очних загонів і т. інше.

Наші лікувально-профілактичні установи, Інститути настільки вже зміцнілі, що взяти на себе таке велике завдання, як організація амбуляторії, пункту, ясел, вони безперечно мають змогу, і коли селянин в комуні або в колгоспі побачить, що місто в особі якої-небудь з наших установ прийшло йому на допомогу, організувавши амбуляторію, виділивши пересувний загін, або пересувну консультацію, коли він цю допомогу фізично почує — це й буде найліпший і найконкретніший вид справжнього шефства.

Я пригадую засідання Пленуму міськради в Кам'янському (Дніпропетровське), на якому була величезна кількість місьцевих робітників. Кам'янське, на жаль, на сьогоднішній день ще не може похвалитись великою мережою лікувальних установ. Медична мережа там поки що перебуває в початковому стані, і потрібна велика допомога Каменському з боку держави. Поруч з тим новим будівництвом, що ми його почали в Кам'янському, поруч з перекиданням медперсоналу в Кам'янське для найліпшого забезпечення меддопомогою і обов'язково кваліфікованою великої робітничої маси цього селища та одного з великих підприємств України, треба поставити належним чином і шефство над цим селищем.

Про це говорили мені робітники, що виступали на пленумі міськради. Вони звернулись з проханням до присутнього тоді на засіданні ректора Дніпропетровського мед. інститута т. Кагана. Вони зазначали, що Дніпропетровський мед. інститут, як міцна одиниця, що має свої клініки, лябораторії, науково-дослідчі катедри, може й повинен надавати порядком шефства допомогу великому робітничому селищу, що розташовано безпосередньо біля Дніпропетровського.

І це безперечно так. Інститут міг би взяти на себе організацію коли не кількох, то хоча б одної медичної установи в Кам'янському; інститут порядком шефства міг би періодично висилати в Кам'янське своїх робітників, які безперечно могли б надати величезну допомогу робітничому населенню в справі постановки там медичної допомоги; інститут міг би в цьому селищі провести велику саносвітроботу. За прикладом Дніпропетровського інституту, також і інші наші ВИШ'і і багато інших наших установ, та не тільки інститутського типу, але й такі, як друга радянська лікарня в Харкові, низка окружних лікарень у великих центрах, туберкульозні диспансери, вендиспансери і т. інш. повинні негайно розгорнути в широкому маштабі цю шефську роботу і я глибоко переконаний, що ми в найкоротший період часу мали б і організовану мережу, і найтісніший, безпосередній і дійсний зв'язок між робітничою та селянською масою тих підприємств, робітничих селищ і сел, над якими буде встановлено шефство. Інститут стане ближче до підшефного населення, робітник і селянин дійсно зацікавляться його роботою і буде, отже, здійснено чудову ідею того взаємного шефства, що про нього так багато пишеться в нашій пресі.

Наркомздоров'я *С. Канторовіч*

О. М. Марзеєв

Районова санітарна організація

Робітники охорони здоров'я вже давно усвідомили, що, не утворивши в адміністративних районах досить широкої й міцної санорганізації, неможна ні поставити на належну височінь санітарну справу в республіці, ані розв'язати швидко та успішно санітарно-епідемічні задачі нашої доби.

У цьому напрямкові протягом останніх робів дещо зроблено: є, як то кажуть, досягнення. Окрздоровінспектури, а часто і самі райвиконкоми утворювали в районах посади санлікарів, розширюючи, хоч і поволі, мережу районих санітарно-епідемічну справу в районах невеликі кошти.

Отже на кінець бюджетового 1930 року на 570 адміністративних районів на Україні (річ іде про колишню цифру районів) ми мали таке:

а) районових санітарних лікарів 316
б) санітарно-бактеріологіч. лябораторій 150
в) лябораторних робітників 120
г) помсанлікарів 193
д) дезінфекторів 218
е) віспощепіїв 447

На УП сесії Всеукраїнської Санітарної Ради (відбулася вона 14—20 червня 1930 р.) виникла й набула визнання та остаточного оформлення ідея утворення по всіх районах санітарних станцій. Такі станції є вже тепер в багатьох місцях (колишніх округах).

Проте, розвинення санітарної справи в районах ввесь час посувалося надзвичайно повільно, стикаючись на своюму шляхові з багатьома перешкодами: з браком кадрів санітарних лікарів, відсутністю в районах асигнувань на санітарно-епідемічну роботу, з незадовільними матеріяльними, побутовими та професійними умовами роботи районових санітарних лікарів і решти санітарних робітників.

Слабкий, інколи зовсім безпараоний в санітарному розумінні район існував тільки на підтримку, допомогу, що надавала округа. Відомо наприклад, що жоден район не провадив і не мав змоги провадити боротьбу із значною епідемією — один, самостійно без допомоги округи.

Нині округи ліквідовані, район стов цілком самостійною одиницею, так адміністратувно-господарчою як і культурно-соціяльною.

На цілком зрозуміле запитання — як саме збудувати в районі санітарну справу та організацію, ми маємо відповісти таке:

Залежно від політичної важливости та економічної потужности треба райони розподілити на 3 категорії:

а) райони суто землеробні, мало міцні, де соціялістичний сектор на селі не був значного розвітку;

б) райони землеробні, але з розвиненим соціялістичним сектором (що мають радгоспи, машиново-тракторні станції, дільниці суцільної кокективізації тощо) та міцні в економічному розумінні;

в) промислові райони.

У районах першої категорії треба вже тепер утворити мінімум санорганізацій. До такого мінімуму треба включити районового санітарного лікаря, його помічника, санітарно-бактеріологічну ляболаторію спрощеного типу з ляборантом, дезінфектора, щепія. Для санітарного лікаря треба звичайно забезпечити транспорт.

Райони 2 категорії повинні мати такий мінімум: районну санітарну станцію (із структурою, що її ухралила Санітарна Рада-санбакляболаторію, дезпункт, щепільний пункт тощо). Щтат такої станції повинен складатися із райсанлікаря, другого санлікаря, одного помсанлікаря, ляборанта, дезінфектора, щепіл та допомічного персоналу — санітара та вбиральниці.

Такий район мусить мати ще пересувний лазнево - пральний з гін.

Промислові райони повинні мати, крім розгорненої санітарної станції (теж із штатом, що його ухвалила УП сесія Санради), ще фахівців санітарної справи: епідеміолога, лікаря-харчовика, житловика, помсанлікаря, фахівця із саносвіти, теж за нормами Санради.

Міські санітарні лікарі, а також решта санробітників повинні входити до складу районої санітарної організації, якщо місто не віділено, як самостійну адміністративно-господарчу одиницю.

Без вищенаведеного мінімуму санорганізації райони не матимуть повної та правильно збудованої системи охорони здоров'я, отже й не тільки не впораються з першо черговими санітарно-епідемічними завданням, але являтимуть собою загрозу для інших районів, особливо в розумінні розширення в них та розповсюдження епідемій.

За особливо категорічну вимогу треба визнати ту, що в кожному районі повинен бути санітарний лікар. Зважаючи на брак підготовлених санітарних лікарів, НКОЗ склав директиву, щоб по всіх районах де немає санітарного лікаря, негайно встановити таку посаду і замістити одним з дільничих лікарів. Протягом наступної зими можна буде значну частину таких лікарів перепустити через короткотермінові санітарні курси.

Таку ухвалу Нарокмздоров'я треба визнати за абсолютно правильну. Директиву цю треба безперечно виконати. Не може бути району, що не мав би санітарного лікаря. Цього настирливо вимагає наявність епідемій і потреба санітарного обслуговування соцсектора на селі. Далеко важче буде утворювати в районах санітарно-бактеріологічні ляболаторії; проте протягом 1—2 років цю задачу можна буде безперечно розв'язати, виготовивши через Укрмедторгпром потрібне ляболаторне обладнання та притягнувши до ляболаторної роботи поряд лікарів також хеміків, біологів та інш. персонал.

У районах 2—3 категорії, що, як правило, вже мають райсанлікаря та районову санбакляболаторію, треба буде терміново розпочати утворення районних санітарних станцій, об'єднавши в них усю санітарну організацію, розгортаючи додатково елементи санстанції, що їх бракує.

Можна просто сказати: райони, що матимуть санітарні станції, зможуть успішно провадити санітарну та протиепідемічну роботу.

У районах, що мають розвинений соціялістичний сектор в сільському господарстві, другий санітарний лікар дасть змогу також і на селі обслужити радгоспи й колгоспи кваліфікованою допомогою з окремих видів санітарної справи (харчова санітарія, житлова, охорона сільсько-господарської праці тощо).

У промислових районах треба відразу солідно та кваліфіковано поставити санітарну справу, утворюючи санітарну справу, утворюючи санітарні станції, розвиваючи спеціяльні види санітаного догляду.

Дуже важливим є те, щоб районні санітарні лікарі заходилися тільки коло своїх безпосередніх обов'язків, щоб їх, як правило, звільнювали від виконання обов'язків райздоровінспекторів.

Справа ліквідації округ дуже загострила питання про інфекційні ліжка по районах. Якщо район сам без допомоги лікаря повинен боротися з епідеміями, йому треба обов'язково мати постійні інфекційні ліжка. Там, де їх не має, доведеться негайно такі виділити з наявних ліжок або розгорнути додаткові. Як не може бути району без санітарного лікаря, так не повинно бути жодного району, що не мав би інфекційних ліжок. Без цього неможна поставити будьяку боротьбу з епідеміями.

Навіть допомога центру (НКОЗ) не дасть користи.

Поряд інфекційних ліжок у кожному районі повинен бути власний епідемічний фонд. Аджеж вже тепер округа не допоможе, а Наркомздоров'я може дотувати лише за наявности серйозно. епідемічної загрози, коли місцеві ресурси буде вичерпано. Не треба забувати й того, що районам доведеться тепер власним коштом купувати сироватки, дезінфекційні камери та дезінфекційні засоби. Навіть у маломіцних районах епідемічний фонд не може бути меншим за 3—5 тис. крб. Решта районів повинна мати на епідемічному фонді 5—10—20 і більше тисяч крб.

У зв'язку з тим, що округи лікідовано, треба остаточно вирішити питання про те, щоб деяким колишнім окружним установам надати міжрайонний характер. Цього ще досі, нажаль, не вирішено. Насамперед, це стосується окружних санітарних бактеріологічних ляборатоій, малярійних та пастерівських станцій, їх треба об'єднати в одну установу міжрайонового значіння, — санітарну станцію. До станції треба придати тих фахівців (епідеміологів, харчовиків тощо), що колись працювали в окружному маштабі, а тепер мають обслуговувати декілька районів.

Організаційна робота щодо керівництва районами покладається, звичайно, на центральні установи. Інститути санітарно-бактеріологічні, про-

тозойний та інші повинні тепер посилити інструктаж і науково-практичну консультацію місць.

Щодо санепідвідділу Наркомздоров'я, — останній тепер посилено потрібними робітниками. Треба, щоб було посилено його також потрібними дотаційними фондами на боротьбу з епідеміями на розвиток дезинфекційної справи тощо.

Отже, за цих всіх умов грандіозна реформа переходу на 2-тижневу систему управління дасть в галузі санітарної справи позитивні наслідки. Доведеться, звичайно, зазнати чималих труднощів. Якщо порівняльно неважко скласти в маштабі району лікувально-профілактичну та охматдитську галузь, то запровадження боротьби з епідеміями без колишньої округи, що була досить міцною фінансово та в розумінні штату, буде нелегко: аджеж епідемія будьяких меж територіяльного чину не знає й розповсюджується на значні території. Проте, поряд цих труднощів є чимало великих плюсів в новій реформі. Якщо раніше райони могли існувати без будьякої санітарної організації й повинні були сподіватися тільки допомоги округи, — нині це не можливо. Доведеться по всій республіці рівномірніше та однотипно будувтти санітарну справу.

Нова реформа дала міцну підтримку, щоб дати розвинутися в республіці низовому районному санітарному ділу. Це править за безперечно позитивну умову для успішної боротьби з епідеміями та швидкого оздоровлення життя, праці й побуту трудящих.

Д. В. Кузнецов

Саносвіта в новому районі

Організація радянської здоровоохорони, що її закликано до оздоровлення колективізованого села і яка ще не може похвалитися сталими перемогами на оздоровному фронті, повинна скерувати всю увагу, щоби після ліквідації округ дійсно забезпечити зміцнення районної організації здоровоохорони та скласти умовини для її дальшого розвитку. Певна річ, що особливу увагу треба приділити санітарній освіті, на яку, серед інших галузів здоровоохорони, покладено величезні завдання і обов'язки та провідна роля, щодо здоровоохорони взагалі, за реконструктивної доби нашого будівництва.

Проте, в зв'язку з ліквідацією округ є небезпека, що саносвітробота в районах замість піднесення може занепасти.

Ця небезпека базується на тому, що мережа санітарно-освітніх закладів до цього часу є надто недостатня і на своєму розвиткові ще не спромоглася зосередити потрібної уваги так з боку РВК'ів, як і з боку більшости колишніх ОЗІ; подруге, — почувалася тенденція від деяких ОЗІ, в зв'язку з ліквідацією округ скористати й без того недостатні кадри саносвітробітників для іншої роботи (санлікар в районі, райздоровінспектор) і, нарешті, турботи про дальшу ролю санітарно-освітньої організації здебільша обмежуються намаганням зберегти наявні округові заклади саносвіти без достатньої уваги до районних закладів, що є тепер, та без будьякої уваги до утворення нових районних закладів в райцентрах, де їх саме бракує.

Тимчасом, широке охоплення всіх районів для організації там закладів саносвіти ще до ліквідації округ — відогравало вирішальну ролю, щодо дальшої ролі санітарно-освітнього обслуговування районів та утворення в них міцної організації здоровоохорони, взагалі. Тепер за безперечної

потреби тримати курс і справді посилювати райони за всяку ціну, не лише охоронити наявну мережу саносвітзакладів, але охопити новою мережою геть усі райони та скласти найліпші умовини для дальшого зростання та зміцнення.

Наблизити до району, отже й до колгоспу санітарно-освітнє обслуговування саме тепер визначає здобути велику перемогу на фронті культурної революції, на фронті боротьби за культурне, здорове село.

Розпочинаючи роботу, перше, про що треба подбати, це оформити наявну мережу саносвітзакладів так в колишньому окрмісті, як і в райцентрах.

У зв'язку з ліквідацією округ мережа санітарно-освітніх закладів має складатись:

а) із стаціонарніх закладів:
1. міські будинки санкультури,
2. районні будинки санкультури,
3. райсаносвітбази,
4. міські гігієнічні консультації та

б) пересувних закладів:
1. авто-виставки з кіно-пересувками,
2. інші рухомі виставки з кіно-пересувками.

По всіх містах повинні бути будинки саносвіти на міському або районовому бюджеті.

По міцних містах (Харків, Київ, Одеса, Дніпропетровське, Запоріжжя), крім міських будинків санкультури, повинні бути в самому місті районні будинки санкультури в пролетарських районах. Зрозуміло, що можна утворити декілька районних будинків саносвіти, зробивши один із них (найміцніший) центром і поклавши загальне керівництво ними, на міськсаносвіту.

Гігієнічні консультації мають будуватись за принципом, що його встановлено досі, себто в містах має бути центральна гігієнічна консультація, консультації при райбудинках санкультури, міцних клюбах та поліклініках.

За системи єдиного диспансера має схоронитись структура саносвітзакладів, що входять до системи єдиного диспансера взагалі.

Районні будинки санкультури мають бути по всіх міцних районах.

Районні гігієнічні консультації повинні бути по всіх міцних районах, при райполіклініках та міцних будинках селянина колективіста.

В решті районів треба обов'язково утворити райбази саносвіти.

Колишні авто та рухомі пересувні виставки треба схоронити, закріпивши їх за колишнім окрбудинком санкультури. Коли округа мала декілька пересувних виставок, то їх треба прикріпити до наявних райбудинків санкультури, або до міцних районів, де райбудинок передбачено утворити.

Зрозуміло, що для адміністративної, організаційної та оперативної роботи зазначена мережа повинна бути забезпечена робітниками.

Отже, скористовуючи наявні та будуючи нові кадри, треба мати на увазі та рішуче домагатись, щоб:

1) в містах (Харків, Київ, Одеса, Дніпропетровське, Луганське, Артемівське, Сталіно, Запоріжжя й інш.) та міцних районах був саносвітробітник в апараті міськ та райздоровінспектури В райцентрах цей робітник може бути водночас й завідателем наявного районного саносвітзакладу (райбудинку, райбази).

2) У решті міст та районів всі санітарно-освітні заклади повинні мати саносвітробітників (як операційних робітників) будь то райбудинок, райбаза, або рухома виставка. На цих робітників, що, зрозуміло, не матимуть змоги бути в апараті райздоровінспектури маломіцного району, треба покласти загальне керівництво саносвітроботою в районі або місті.

Щодо кадрів саносвітробітників, яких дуже бракує, треба, рішуче дбаючи про вишукування й складання кадрів, йти такими певними шляхами.

Використування саносвітробітників на іншій роботі треба конче припинити.

Всі зайві сили саносвітробітників, що їх виявлено підчас ліквідації округ, треба кинути на село на посади завідателів районних закладів саносвіти для організаційної та оперативної роботи. Із колишніх окрсаносвіт треба вилучити одного-двох робітників із загальної кількости робітників, щоби скористати їх для негайної організаційної та оперативної роботи в районі.

Проте, навіть і за таких умов скористання, зрозуміло, робітників для всіх санітарно-освітних закладів на селі не вистачить.

Зрозуміло, що для маломіцних райцентрів і міст здобути лікарів саносвітників буде неможливо; тоді роботу треба покласти на іншого лікаря.

Але взагалі можна й треба скористати партійний та комсомольський актив, що із його складу можна висувати завідателів райсаносвітзакладів, які, за допомогою місцевого лікарського складу (райсанлікар, райлікар, лікар медподілку) безперечно цілком вдало впораються з організаційною роботою.

За таких умов райбаза матиме потрібне керівництво, потрібну спеціяльну допомогу, а наслідком цього і перспективи до розвитку.

У такий спосіб можна й треба будувати й штат рухомої виставки, скористовуючи для спеціяльної допомоги лікарів районних та поділкових закладів здоровоохорони.

Вирішальну ролю в справі розгорнення мережі матимуть бюджетові можливости районів та міст щодо утримання санітарно-освітньої мережі.

Сама структура об'єктів утримання досить чітко виявляє справу.

Міські будинки санкультури та гігієнічні консулятації мають утримуватися на міському бюджеті, а в маломіцних містах на районному бюджеті.

Щодо утримання авто та рухомих виставок, то в основному вони утримуються на кошти району, до якого їх прикріплено, але до бюджетів районів, що їх мають виставки обслужити протягом певного часу, треба внести певні витрати наприклад, „оплату витрат по роботі К-ської пересувної виставки". Зрозуміло, що міцний район може мати власну пересувну виставку.

Наші чотирі саносвіттеатри, що ми маємо на Україні (Харків, Одеса, Луганське, Всеукр. Антиалькогольний) буде прикріплено до відповідних міських будинків санкультури, а в основному утримуватимуться їхнім коштом, але витрати театрів по обслуговуванню решти мість та районів ітимуть із быджетів відповідних міст та районів.

Наркомздоров'я УСРР на наступний бюджетовий рік матиме дотаційний фонд для допомоги маломіцним містам та районам.

Коли райони вилучать певну суму, відповідно достатню для організації та утримання саносвітзакладу, таку суму суму дасть і НКОЗ.

Практично справа стоїть так: коли РВК дае для будинку санкультури відповідне приміщення (не менше 4 кімнат із залею) та бере на

себе утримання будинку НКОЗУ візьме на себе цілковите обладання будинку наочним приладдям.

Так само й щодо райсаносвітбаз: тут РВК повинні дати приміщення (2—3 кімнати) та утримання її штату, а НКОЗУ дасть повне обладання для її бази.

Складаючи матеріяльну базу для наявних та майбутніх закладів санкультури, профспілок, громадських організацій тощо, переводячи роботу щодо оформлення теперішньої організації нової мережі треба за всяку ціну зосередити навкруги цього питання увагу громадськости.

Висновки зрозумілі:

1. Не повинно залишитись жодного РВК'у, що не мав би закладу саносвіти і що не знав би про допомогу в цій справі, яку має і може надати НКОЗУ.

2. Наявні кадри саносвітробітників мають бути використані якнайдоцільніше. Як правило, місто повинно зараз кинути не менше 50% наявних саносвітробітників для постійної роботи на селі.

3. Для адміністративної та організаційної роботи на чолі закладів саносвіти треба як найширше скористати парійний та комсомольський актив, а для спеціяльної допомоги лікарів різних закладів саносвіти порядком сполученя обов'язків.

Треба зворушити громадську думку та зосередити увагу громадськости на оформленні наявної та організації нової мережі, бо лише за таких тмов можна сподіватись, що саносвіта стане на певний твердий ґрунт.

Офіційна частина.

I. Постанови Роб.-Селянського уряду та вищих профорганів.

175. ПРО ЗАХОДИ СПРИЯННЯ ВИНАХІДНИЦТВУ.

Постанова Ради Народніх Комісарів УСРР.

Щоб всебічно сприяти винахідництву та розробіткові в реалізації винаходів і вдоконалень Рада народніх комісарів УСРР постановила:

I.

1. При трестах, об'єднаннях для управління окремими галузями державної промисловости, при акційних товариствах і товаристрах з обмеженою відповідальністю та при кооперативних спілках, коли зазначені організації мають у свойому віданні виробничі, комунальні й транспортові підприємства є бюра винахідництва.

На окремих виробничих комунальних і транспортових підприємствах за постановою органів, що в іхньому віданні ці підприємства є, організують бюра винахідництва або виділяють окремих спеціяльних робітників для провадження роботи в царині винахідництва.

Бюра винахідництва є при відділах раціоналізації зазначених підприємств і організацій, коли такі відділи організовано. Ці бюра можна перевести на господарський розрахунок за постановою відповідного народнього комісаріяту або об'єднання для управління даною галуззю державної промисловости.

2. При кожному із підприємств і організацій зазначених в арт 1, є, крім бюр винахідництва, комісії сприяння винахідництву.

3) На бюра винахідництва (арт. 1) покладається:

1) подавати винахідникам наукову і технічну допомогу (виконания рисунків, переведення розрахунків, будування моделів тощо);

2) Провадити облік винаходів і виявляти технічну та економічну цінність їх;

3) реалізувати винаходи;

4) допомагати винахідникам використовувати відповідні науково-дослідчі установи;

5) допомагати винахідникам одержувати патенти на винаходи в Союзі РСР і закордоном;

6) преміювати винахідників.

4. Для здійснення завдань, покладених на бюра винахідництва, по окремих виробничих, комунальних і транспортових підприємствах виділяють за постановою органів, що в їхньому віданні ці підприємства є, експериментальні майстерні.

5. У великих промислових центрах, за списком, що його затверджує Українська Економічна Нарада, при округових відділах місцевої промисловости організують експериментальні майстерні для провадження експертизи і розробітку винаходів та вдосконалень.

Зазначені експериментальні майстерні виконують стосовно підприємств місцевого значення функції бюра винахідництва (арт. 3).

В інших округах ці функції виконують відділи місцевої промисловости або місцевого господарства.

6. Комісії сприяння винахідництва (арт. 2) мають за своє завдання:

1) сприяти винахідництву і вдосконаленню на підприємствах, популяризуючи, виявляючи й стимулюючи винахідництво;

2) допомагати винахідникам використовувати пільги, надані їм за законом;

3) розглядати спори між винахідниками і бюрами винахідництва при відповідних підприємствах і організаціях у справах оцінки винаходів та подання технічної допомоги винахідникам.

7. При народніх комісаріятах є центральні бюра винахідництва, що на них покладається:

1) регулювати та плянувати справу винахідництва в тій галузі народнього господарства, в якій відає даний народній комісаріят;

2) наглядати запровадження до життя директив Уряду в царині винахідницької справи;

3) подавати науково-технічну допомогу винахідникам, що винаходи їх мають значення для всієї галузі народнього господарства, якою відає даний народній комісаріят, а так само допомагати таким винахідникам користати з відповідних науково-дослідчих установ;

4) допомогати винахідникам одержувати патенти на винаходи, що мають особливо важливе значення, в Союзі РСР і закордоном.

> Увага. Бюро винахідництва при Вищій раді народнього господарства УСРР може набувати й реалізувати винаходи, що мають загально-державне значення, повідомляючи про такі винаходи Всеукраїнський комітет сприяння винахідництву при Українській економічній нараді.

8. Для направлення роботи в царині винахідництва народніх комісаріятів і організацій республіканського значення для організації обміну досвідом у царині винахідництва в окремих галузях народнього господарства, а так само для популяризації винахідництва при Українській економічній нараді є Всеукраїнський комітет сприяння винахідництву.

9. Всеукраїнський комітет сприяння винахідництву:

1) погоджує роботу окремих урядництв і організацій в царині сприяння винахідництва.

2) допомагає урядництвам і організаціям в справі реалізації винаходів за тих випадків, коли ці винаходи виходять за межі відання одного урядництва або однієї організації; про винаходи, що мають загально-державне значення і варті особливої уваги та підтримки держави, Комітет доповідає Українській економічній нараді;

3) наглядає за роботою в царині винахідництва народніх комісаріятів, інститутів і інших установ та організацій, періодично заслухує доповіді про їх роботу в цій царині і дає їм директивні вказівки;

4) допомагає організувати нові установи для експертизи і розробітку винаходів (експериментальні лябораторії, майстерні, науково-дослідчі інститути тощо);

5) розглядає пляни й кошториси народніх комісаріятів і організацій республіканського значення на пробу і реалізацію винаходів та дає на ці пляни і кошториси свої вказівки;

6) сприяє погодженню винахідницької роботи як самих винахідників, як і органів винахідництва з роботою відповідних інститутів і наукових установ;

7) сприяє поліпшенню правного стану, науково-технічної і загальної освіти винахідників: а) розробляючи закони і заходи до утворення сприятливих умов розвитку винахідництва, реалізації винаходів і підвищення технічних знань винахідників; б) популяризуючи винахідництво в пресі: в) допомогаючи організації експертизи та розробітку винаходів в експериментальних лябораторіях, майстернях, на заводах тощо; г) розробляючи норми патентного права; д) підготовляючи кадри винахідників; е) допомагаючи використанню винахідників інститутами інститутами і лябораторіями;

8) стежить за провадженням обліку винаходів;

9) стежить за правильним наданням винахідникам пільг і переваг, встановлених у законі;

10) допомагає влаштовувати виставки радянських і закордонних досягнень техніки;

11) встановлює зв'язок з відповідними організаціями Союзу РСР, інших союзних республік і закордоном.

10. Склад Всеукраїнського комітету сприяння винахідництву затверджує Українська економічна нарада.

Штати комітету затверджується загальним порядком встановленим у законі.

11. На засідання Всеукраїнського комітету сприяння винахідництву запрошується представників заінтересованих установ і організацій.

12. Для встановлення зв'язку Всеукраїнського комітету сприяння винахідництву з іншими органами сприяння винахідництву та для координації робот їх комитет склякає з'їзди і наради в справах винахідництва.

13. Для реалізації винаходів на засадах господарського розрахунку чинить Всеукраїнське акційне т-во для проби реалізації винаходів, що існує на підставі статуту, затвердженого від Вищої ради народнього господарства УСРР.

При зазначеному акційному товаристві організується державну експериментальну лябораторію для провадження експертизи, розробітку експериментальних науково-дослідчих і спробних робіт над винаходами, вдосконаленнями та технічними відкриттями.

За роботою цієї експериментальної лябораторії наглядає Всеукраїнський Комітет сприяння винахідництву.

14. Установи та організації, складаючи промислово-фінансові пляни промисловости та імпортові пляни закордонного устаткування, повинні взяти на увагу застосовувані винаходи, а так само притягати винахідницькі сили, зокрема, винахідників-інструкторів що зарекомендували себе, до аналізи закордонних імпортових виробів та устаткування, щоб налагодити виробництво цих виробів та устаткування на підприємствах УСРР.

15. Винахідників повинно приймати до професійних шкіл, робітничих факультетів та вищих учбових закладів на однакових підставах з робітниками й виділяти для них певне число місць у зазначених учбових закладах.

16. За прийому кандидатів до науково-дослідчих і науково-практичних установ, винахідники мають, за всіх однакових умов, перевагу перед всіма іншими кандидатами.

> Увага. Учбові заклади, науково-дослідчі й науково-практичні установи повинні давати винахідникам змогу провадити тимчасові роботі для розробітку своїх винаходів у лябораторіях й майстернях підорудним цим закладам і установам.

17. Малозабезпечені винахідники, прийняті до зазначених в арт. арт. 15 і 16 учбових закладів, науково-дослідчих і науково-практичних установ, мають право одержувати державні стипендії, видавані коштом державного або місцевого бюджету, на однакових підставах з робітниками, зокрема, для них виділяється певне число стипендій.

18. Студентам — винахідникам даються в першу чергу місця для практики й стажу відповідно до характеру їхніх винаходів.

19. Діти винахідників приймаються до учбових закладів на однакових підставах з дітьми наукових робітників.

20. Пільги та переваги, встановлені в арт. арт. 15 — 19 цієї постанови мають тільки особи, що дали вже державі цінні вдосконалення та винаходи і подали про це відповідну посвідку від належної комісії сприяння винахідництву (арт. 2), погоджену з Українською асоціяцією робітників винахідників або від Комітету сприяння винахідництву при Українській економічній нараді.

> Увага. За окремих випадків пільги та переваги, встановлені в арт. арт. 15 — 19, можуть мати самоучки-винахідники, що не мають закінчених винаходів, на підставі спеціяльних посвідок відповідних органів сприяння винахідництву, виданих за висновком державної експериментальної лябораторії.

21. Винахідникам, що дали вже державі цінні удосконалення і винаходи та подали про це відповідні посвідки (арт. 20), дають пільги, встановлені для наукових робітників щодо одержання житлової площі та користування додатковою житловою площею.

22. За винахідниками, відрядженими для роботи до науково-дослідчих інститутів або до науково-технічних органів (лябораторій тощо) підприємств, зберігається заробітну плату в місці основної їхньої роботи на ввесь час розробітку їхніх винаходів, визнаних за корисні, коли зазначені винахідники розроблюють винаходи в тій галузі виробництва, де вони працюють.

Реченець відрядження для розробітку винаходів встановлює відповідна комісія сприяння винахідництву, порозумівшися в адміністрацією підприємства.

> Увага. Коли винахідник працює поза своїм фахом, то за ним залишають на весь час розробітку винаходів його посаду і заробітну плату з тим, що заробітну плату з тим, що заробітну плату йому виплачують з фонду сприяння винахідництву та реалізації винаходів.

23. Відповідні урядництва та організації повинні розробити систему відряджень винахідників, що зарекомендували себе, закордон, а так само і на підприємства в межах Союзу РСР, для ознайомлення з технічними досягненнями у відповідних галузях.

24. Запропонувати Генеральному прокуророві Республіки забезпечити негайний розслід справ, що виникають за заявами професійних органів сприяння винахідництву та Української асоціяції робітників-винахідників про зламання прав, бюрократизм, тяганину тощо дотично винахідників і притягати винних до судової відповідальности.

II.

25. Цю постанову видається на скасування постанови РНК УСРР з 20 липня 1929 р. „Про заходи сприяння винахідництву“ (Зб. Зак. УСРР. 1929 р. № 19, арт. 158).

Харків 8 квітня 1930 р.

Заст. голови Ради народніх комісарів УСРР **Дудник.**

Керівничий справ Ради народніх комісарів УСРР. **Я Касян.**

(„Вісті“ з 22 квітня 1930 р.).

НАКАЗ № 80

по Народньому Комісаріяту Охорони Здоров'я УСРР

м. Харків, 19 серпня 1930 р.

Треба констатувати, що справа винахідництва по медично-санітарній вертикалі не набуває ніякого значіння в роботі всіх установ НКОЗУ.

Постанову Раднаркому УСРР з 8 квітня ц. р. („Вісті“ з 22 квітня) ц. р. № 92 (2889) зовсім не виконано, а саме: при установах не організовано Бюра й Комісій сприяння винахідництву, не складено плянів щодо роботи Бюра й Комісій з метою зосередити думку винахідників навколо винаходів в медично-санітарній галузі, не складено промфінплянів на винаходи, що вже є для реалізації, й на ті, що протягом 1930/31 року мають надійти, в розгляді, просуванні й втіленні пропозицій й винахідництв існує велика тяганина, а взагалі цілком відсутність зацікавлености в роботі по винахідництву, про що яскраво свідчить те, що немає в установах осіб, що відповідали б за цю роботу.

Надаючи величезне значіння справі винахідництва, вважаючи, що лише через найсеріознішу увагу до активности робітничих мас, стимулюючи цю активність і мобілізуючи її навколо установ охорони здоров'я, можливо просувати справу охорони здоров'я й побуту працюючих, категорично пропоную:

1. При Укркурупрі, Укрмедторгпромі, при НКОЗ АМСРР, при міських відділах охорони здоров'я — Харкова, Києва Одеси й Дніпропетровська, при інститутах в Харкові—Рентгенорадіологічному, Органотерапевтичному, Харчування, Очному, Санітарно-бактеріологичному й Експериментально-Фармацевтичному, при обласних Інститутах Патології та Гігієни Праці в Києві, Одесі, Дніпропетровському й Сталіні й в Українському Інституті Зуболікування в Одесі утворити Бюро винахідництва. На чолі Бюра мусить бути керівник установи. Для переведення повсякденної роботи по винахідництву призначити відповідальну особу з фахівців без сумісництва по іншій роботі.

2. Решта установ (Райздорови, Міські відділи Охорони здоров'я, крім зазначених в п. 1, Інститути теж, крім зазначених в п. 1, єдині диспансери, окремі поліклініки й лікарні й т. інше утворюють тільки комісії сприяння винахідництву. На керівника установи покладається вся відповідальність за роботу в справі винахідництва. Комісії сприяння винахідництву складати з робочих фахівців різних галузів охорони здоров'я з обов'язковим притягненням до роботи комісій винахідників.

3 Бюрам і комісіям встановити певний порядок одержання, просунення й реалізацію винаходів; скласти промфінпляни (експляни, кошториси) на 1930/31 р., в яких передбачити кошти на всі стадії проходження винахідництва, що вже одержано й тих, що буде одержано на протязі майбутнього бюджетового року, а саме: на дослідження, експертизу, побудову моделів, масове виробництво, допомогу й преміювання винахідників і т. інш.

4. Укрмедторгпрому негайно проробити питання про утворення по великих центрах (Харків, Київ, Одеса, Дніпропетровськ) — спеціяльних майстерень та дослідних лябораторій для надання допомоги в справі виготування моделів, і переведення ріжних досліджень.

5. Центральному Бюрові винахідництва при НКОЗУ регулювати та плянувати справу винахідництва в напрямку розв'язування основних питань медицини й здоровоохорони, суворо наглядати запровадження до життя директив Уряду НКОЗУ в царині винахідництва, а також слідкувати за чіткою роботою всіх місцевих Бюр і Комісій сприяння винахідництву й притягати до суворої відповідальности всіх винних в бюрократизмі, тяганині в справах винахідництва.

6. Всю роботу щодо винахідництва висвітлювати в медичній та загальній пресі. Редколегіям журналів і бюлетеня НКОЗУ приділити максимум уваги справі винахідництва

7. Центральному Бюру винахідництва при НКОЗУ спільно з Пляновим Сектором скласти кошториса витрат на справу винахідництва на 1930-1931 рік, передбачивши всі потрібні асигнування, й дати мені на затвердження протягом 10 день.

8. Керівнику Сектору науки, санкультури й побуту перевірити в місячний термін виконання цього наказу й доповісти мені про виконання.

9. Осіб, винних в невиконанні цього наказу, буде притягнуто до відповідальности й суду.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

176. ПОЛОЖЕНИЕ

о штатно-окладной системе оплаты преподавательского персонала высших учебных заведений Союза ССР.

1. С 1 октября 1930 г. во всех высших учебных заведениях вводится штатно-окладная система оплаты преподавательского персонала.

2. Устанавливаются 3 должности преподавателей ВУЗ'ов: профессоров, доцентов и ассистентов.

3. Число профессоров в ВУЗ'е определяется числом кафедр. В отдельных случаях, когда кафедра об'единяет две или более самостоятельних дисциплины, могут быть установлены должности профессоров, не руководящих кафедрой.

4. Кафедры устанавливаются по основним дисциплинам.

5. Основными обязанностями профессоров являются: а) руководство работой кафедры; б) ведение общих занятий по наиболее важным разделам курса; проведение вводных и заключительных занятий по данному курсу, а также ведение групповых учебных занятий, требующих особо-квалифицированного руководства; в) самостоятельная научно-исследовательская работа; г) руководство работой аспирантов и выдвиженцев; д) руководство повышением квалификации доцентов и ассистентов данной кафедры; е) общее руководство учебно-вспомогательними учреждениями, состоящими при кафедре.

Норма нагрузки, определяемой в пункте „б", устанавливается в 240 годовых часов; для профессоров, не руководящих кафедрой, соответственная нагрузка устанавливается в 360 годовых часов.

6. Основными обязанностями доцента являются; а) ведение самостоятельных и специальных курсов внутри кафедры; б) ведение групповых занятий; ведение вспомогательных курсов, не имеющих кафедры; г) научно-исследовательская работа; д) выполнение в пределах порученных им курсов тех же обязанностей, которые возложены на профессора; е) заместительство профессора на время его отсутствия.

Норма нагрузки, определяемой в п. п. „а", „б„ и „в" устанавливается в 360 годовых часов.

7. Основными обязанностями ассистентов являются: а) непосредственное ведение групповых занятий; б) руководство под наблюдением профессора или доцента непрерывной производственной практикой студентов: в) помощь профессору или доценту на лекциях и колективных занятиях (ассистирование); г) помощь профессору или доценту в руководстве работой аспирантов и выдвиженцев; д) участие в разработке учебних планов и программ по соответствующим дисциплинам; е) научно-исследовательская работа по специальности.

Норма нагрузки определяемой в п. п. „а", „б" и „в", устанавливается в 480 годовых часов.

8. Установить следующий размер оплаты труда преподавательского персонала высших учебных заведений за выполнение всех возложенных на них обязанностей:

профессору	300 руб. в месяц.
доценту	250 „ „
ассистенту	210 „ „

В тех случаях, когда количество часов по дисциплине, по которой не установлено штатной преподавательской должности, не достигает установленной нормы нагрузки, работа преподавателя подлежит почасовой оплате из расчета ставок и норм нагрузки, установленных настоящим постановлением.

9 Совместительство по руководству кафедрами, как правило, не допускается.

Преподавательскому персоналу ВУЗ'ов разрешается совместительство не более, чем в одном ВУЗ'е и в одном научно-исследовательском институте, кроме основного ВУЗ'а.

10. За работу по совместительству в ВУЗ'ах преподаватель получает почасовую оплату из расчета 75 проц. оклада той должности, которую он занимает по совместительству.

Дополнительные часы сверх установленных норм нагрузки оплачиваются из расчета 75 проц. основного оклада, причем для профессоров в основу расчета кладется норма нагрузки в 360 часов.

11. Для профессоров и доцентов, не имеющих совместительства, могут быть устанавливаемы персональные оклады в порядке, предусмотренном постановлнением Совета Народних Комиссаров Союза ССР от 7 декабря 1929 г. о государственном нормировании зарплаты служащих в государственних учреждениях и предприятиях (Собр. Зак. Союза ССР 1929 г., № 76, ст. 737).

12. Штаты ВУЗ'ов утверждаются в установленном порядке.

Зам. председателя Совета Народных Комиссаров Союза ССР *Я Iудзутак*

Зам. управделами Совета Народных Комиссаров Союза ССР
и Совета Труда и Обороны *Н. Матвеев*

Москва, Кремль, 22 августа 1930 г. № 364.

(Надруковано в газеті „Известія" 24 серпня 1930 р.).

177. ПРО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДСАНУСТАНОВ ПРИМІЩЕННЯМИ

Лист секретаря ВУЦВК'у т. Василенко до всіх райвиконкомів та міськрад

За відомостями, що є в ВУЦВК'у, низка райвиконкомів в сучасний момент забирає приміщення амбуляторій, поліклінік, дитячих консультацій і т. інше для своїх потреб, в той час, коли є ряд вказівок з боку Уряду про всемірне забезпечення вимог здоровоохорони (медсанмережу, медично-лікувальні установи і т. інш.), за рахунок приміщень, що звільняються в сучасний момент у зв'язку з ліквідацією округ.

Вважаючи подібні дії райвиконкомів за абсолютно неприпустимі, що йдуть в розріз з постановами директивних інстанцій та Уряду, — Всеукраїнський Центральний Виконавчий Комітет категорично пропонує негайно припинити подібні дії, а вже відібрані приміщення повернути органам здоровоохорони для використання їх за їхнім прямим призначенням.

Секретар ВУЦВК'у *Василенко*

Відповідає оригіналові:

Зав. канцелярії Секретаріяту Президії ВУЦВК'у *Левенець*

178. ПРО ЗБІЛЬШЕННЯ УВАГИ ПИТАННЯМ ЗДОРОВООХОРОНИ

До Раднаркому АМСРР. до всіх окрвиконкомів, райвиконкомів, міських рад. Копія: до Наркомздоров'я УСРР

Справа охорони здоров'я трудящих, особливо за часів реконструкції господарства нашої країни, має виключне значіння і їй мусить бути приділено найпильнішу увагу.

Вищі Урядові та директивні органи поклали на установи здоровоохорони величезні завдення щодо піднесення справи охорони здоров'я, запровадження широких оздоровних заходів, о-доровлення умов праці тощо.

Успішно виконати ці завдання можливо лише в тому разі, — якщо органам здоровоохорони забезпечено буде з боку окрвиконкомів, райвиконкомів і місцевих рад постійну та цілковиту допомогу в цій надто важливій справі.

Встановивши постійний догляд за діяльністю округових інспектур охорони здоров'я, районових інспектур охорони здоров'я та секцій охорони здоров'я міських і селищних рад, запровадивши порядок заслухання доповідей на президіях та пленумах виконкомів і окремих нарад, зібраннях тощо, систематично перевіряючи, як саме переводяться до життя окремими

медично-санітарними установами директиви так вищих органів, як і місцевої влади щодо здоровоохорони; будучи обізнаними в повсякденному житті лікарняних установ, — виконкоми й ради зуміють активно допомагати справі посилення охорони здоров'я трудящих.

Проте, з боку окрвиконкомів та райвиконкомів ще й досі асигнування на охорону здоров'я надзвичайно малі, лікустанови не забезпечено приміщеннями, лікарям не надається засобів пересування, кватир і т. інш., що аж ніяк не може сприяти поліпшенню медичного обслуговування трудящих.

Підкреслюючи ще раз виключне значіння справи здоровоохорони, Рада Народніх Комісарів УСРР категорично пропонує максимально сприяти розвитку та поліпшенню справи охорони здоров,я, збільшуючи асигнування на цю справу, забезпечуючи медичні установи приміщеннями, притягаючи увагу громадськости до справи поліпшення медобслуговування населення, утворюючи найсприятливіші умови та допомагаючи в роботі Рад соціяльної допомоги, КОШП'ів при поліклініках, забезпечуючи лікарів засобами пересування, кватирями тощо.

Рада Народніх Комісарів УСРР сподівається, що за активної участи виконкомів і рад в житті лікарняних установ, активної допомоги в їх роботі — медобслуговування населення можна буде значно поліпшити і тим виконати директиву Партії про поліпшення справи охорони здоров'я працюючих.

Заст. голови Ради Народніх Комісарів УСРР *Сербіченко*

(Лист РНК УСРР ч. 15444 з 28 серпня 1930 р.).

179. ПРО ЗБІЛЬШЕННЯ УВАГИ ПРОФОРГАНІЗАЦІЙ ПИТАННЯМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ЛИСТ ВУРПС З 14 СЕРПНЯ 1930 р).

До всіх профрад

Шановні товариші.

Не зважаючи на те, що з часу останнього звертання ВУРПС до ОРПС про збільшення уваги до питань здоровоохорони минуло вже чимало часу, ВУРПС не має підстав твердити, що в цій справі зроблено щось помітне. Хоча за цей час не відбувалися міжспілкові з'їзди, але можливість ставити доповіді окрздоровінспектур про їхню діяльність була звичайно в повній мірі. Проте, досі немає ні у ВУРПС, ані в Наркомздоров'ї будьяких матеріялів, що свідчили-б про зрушення в цій справі. А тимчасом справа здоровоохорони щодалі стає все актуальнішою, зачіплюючи за її значенням найважливіші моменти розвитку нашої промисловости і сільського господарства.

Нещодавно бриґади ВУРПС'у спільно з робітниками НКОЗ та ВУК'у спілки МСТруд провели обслідування декількох округ і там довелося стикнутися з багатьома випадками перекручень або невиконань останніх директив ЦК ВКП(б), зокрема, щодо додержування чіткої клясової лінії в медобслуговуванні, зв'язку з професійними та іншими громадськими організаціями, заправадження систематичної прилюдної звітности про здоровоохорончу роботу. Бриґади виявили, що негаразд стоїть справа оробочення апарату ОЗІ, зовсім незадовільно здійснюється допомога колективізованому сектору на селі тощо.

Кволий апарат окрздоровінспктур не дає поки що можливости сподіватися того, щоб він спромігся впоратися сам без сторонньої допомоги зі складною справою медобслуговування робітників і селян. Отже, цю допомогу повинні надати профради: На долю останніх припадає тут задача поряд постановки в себе на пленумах, засіданнях президії, конференціях тощо доповідей ОЗІ, ще утворення сприятливих для роботи здоровоохорончих органів обставин серед широких робітничих мас, в яких уявлення про стан здоровоохорони, його потреби та можливості не скрізь достані, в подекуди й невірні.

ВУРПС рішуче вимагає від РПС посилення уваги органам здоровоохор-ни, насамперед в здійснюванні ними директив ЦК ВКП(б). Треба, щоб справа здоровоохорони посіла належне їй місце в роботі професійних органів, в плянах їхньої роботи тощо. Особливої уваги потрібує тепер справа збільшення асигнувань місцевого бюджету на охорону здоров'я Неможна надалі терпіти, щоб за загального збільшення моштабу роботи, отже і потреб здоровоохорони, щоб за безперечно значного збільшування всього бюджету асигнування

на здоровоохорону зменшувалися. А тимчасом це спостережено в низці округ (Луганщина, Сумщина та інші) Навіть загальний відсоток витрат місцевого бюджету на здоровоохорону по всій Україні порівняльно до минулого року зменшався з 8,48% до 8,08% і це в той час, коли в РСФРР пересічний відсоток становив ще минтлого року мало не 1 %, а цього року збільшився майже на 2%. Окрпрофради повинні всіма силами допомогти ОЗІ підчас розгляду бюджетових передбачень наступного року, домагаючись збільшення витрат на здоровоохорону.

Профорганізації повинні вжити всіх залежних від них заходів до того, щоб п'ятирічку Наркомздоров'я було повністю проведено в життя.

Про всі заходи, що ви їх вживаете на виконання цього листа, повідомте ВУРПС, а в копіях також НКОЗ.

З товариським вітанням

За голову ВУРПС *Вироетков*

180. ПРО ПОСТАЧАННЯ ЛІКАРЕНЬ ХАРЧОВИМИ ПРОДУКТАМИ.

(Копія радіо-повідомлення Наркомторга тов. Вейцера).

Схема 6-у, копія Наркомздоров'ю почтою.

Зв'язку тяжким станом лікустанов пропонується ресурсів харчових продуктів першу чергу забезпечити лікарні 47635).

Укрнаркомторг *В йцер*

9 серпня 1930 р. А. Х.

II. Розпорядження Наркомздоров'я

181. ПРО ДОДЕРЖУВАННЯ СУТО-КЛЯСОВОГО ПІДХОДУ В МЕДОБСЛУГОВУВАННІ РІЖНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

До всіх здоровінспектур, копія до НКОЗ АМСРР

З доповіді на колегії НКОЗУ з 12 липня 1930 р. по обслідуванню Білоцерківщини виявилося, що Білоцерківська ОЗІ відпускає ліки середнякам за плату. Зважаючи на те, що такі неприпустимі явища можливі й в інших округах, а також, що по деяких округах ще й досі спостерігаються випадки неправильного проведення в життя вказівок НКОЗУ щодо суворо-клясового підходу до медобслуговування ріжних груп населення, НКОЗУ ще раз категорично пропонує рішуче загострити на цьому питанню увагу медперсоналу, щоб по всіх медустановах додержуватися такого порядку:

1. Всіма видами меддопомоги по медустановах сільської мережі та по окрлікарнях і амбуляторіях безкоштовно користуються: наймити, вся бідняцько-середняцька маса села, застраховані, кустарі й їхні родини з переважним обслуговуванням соціялістичного сектора села (членів комун, артілей, Созів, робітників радгоспів.

2. Куркульська частина населення, нетрудовий елемент та члени їхньої родини приймаються по амбуляторіях та лікарнях після задоволення трудящого населення, якого зазначено в п. 1 і за платнею.

3. Допомогу в випадках пошесних хороб, профілактичне щеплення, допомогу з туберкульози, венеризму, трахоми, прокази, фавусу та алькоголізму, допомогу у дитячих консультаціях, в патольогічно-пологових випадках, при покусах скаженими тваринами, у всіх випадках екстреної допомоги, допомогу психікам та всім хворим, що за своїм станом соціяльно-небезпечні, — надається всім групам населення без винятку безплатно, але ліжкова допомога в випадках туберкульози надається зазначеним у п. 2 групам населення за платнею.

4. Розмір платні за окремі види меддопомоги встановлює райвик особливою постановою відповідно до місцевих умов.

5. По всіх селищах, де є міські ради, розмір платні встановлюють ці останні.

6. Зібрані з платної допомоги кошти використовуються на поліпшення або поширення місцевих лікустанов.

Байдуже ставлення до виконання вищезазначеного порядку вважатиметься за зрив самої основної директиви Уряду щодо клясового реконструювання всієї справи здоровоохорони в Союзі.

Наркомздоров'я УСРР *Канторович*

Керівник Медсан. сектору *Кустелян*

(Об. розп. НКОЗ з 23 липня 1930 р. ч. 190/ЛП).

182. ПРО ПОЛІПШЕННЯ МЕДСАНОБСЛУГОВУВАННЯ НАЙМИТІВ*)

До всіх здоровінспектур, копія до НКОЗ АМСРР

За всіма відомостями, що їх має НКОЗ, так з доповідів бригад та інструкторів НКОЗ, як і від ВУК'у спілки СГЛР — стан медобслуговування наймитів є ще й досі дуже кепський, а головне, що й досі на місцях до цього завдання так з боку здоровінспектур як і з боку окремих медробітників не загострено достатньої уваги на проведенні чіткої клясової лінії в справі медобслуговування окремих груп селянства, зокрема бідноти та наймитів.

Постанова Колегії НКОЗУ на доповідь Л.П. про обслуговування бідноти, наймитів та пастухів з 11 липня—30 р., резолюція Пленуму ВУК'у Медсанпраці на доповідь Наркома Охорони Здоров'я з 18 червня—30 р. та резолюція комісії при оргвідділі Секретаріяту ВУЦВК з 13 липня—30 р.— однаково вважають за потрібне рішуче покласти край такому неприпустимому явищу, як систематичне невиконання цих важливих директив Уряду.

Отже, НКОЗУ ще раз підкреслюючи, яку увагу приділяє Уряд цій справі, надсилає Вам для чіткого, настирливого та дійсного виконання за персональною відповідальністю інспекторів — пропозиції, в розвиток постанови колегії НКОЗУ на доповідь Л.П. 11 червня 1930 р.

1. По кожній окрузі на протязі липня, серпня та вересня перевести виборочне обслідування 2 районів (найбільш та найменш колективізованого) щодо медобслуговування наймитів за програмом, який подається.

2. Вжити енергійних заходів в щільному зв'язку з осередками спілки СГЛР та страхорганами, щоб охопити наймитів по індивідуальних господарствах страхуванням на 100% та всі відрахування по соцстраху на меддопомогу наймитам одержувати своєчасно, використовувати повністю за прямим призначенням та вести окремий облік прибутків та видатків в цій галузі.

3. Використувати посилення медкадрів на селі підчас уборочної кампанії, щоб провести широку пояснюючу роботу серед наймитів та пастухів щодо з'ясування правил та пільг, що їх їм дає страхування.

4. Здійснити фактично позачергову допомогу батракові нарівні зі всіма застрахованими по всіх медустановах села та міста.

*) Надіслано 19 липня 1930 р.

5. Спростити техніку першочергового надання меддопомоги наймиту та видачу йому листка про непрацездатність, усунувши всілякі в тому напрямкові бюрократичні перешкоди.

6. Посилити медобслуговування наймитства вдома, для чого вжити всіх заходів, щоб 1930/31 року вже всім меддільницям було надано власний транспорт.

7. Всі села з значною кількістю батраків наділити аптечками швидкої допомоги та проводити по кілька батрачок з кожного такого села через курси першої допомоги.

8. Дільничним акушеркам на протязі липня та серпня ц. р. взяти всіх вагітних батрачок своєї дільниці під патронажне обслуговання та вживати цього щодо вагітних наймичок і надалі.

9. Значно посилити санкуртову та спеціяльну допомогу наймитам, для чого добитися відповідних асигнувань з місцевого бюджету, на 1930/31 р.

10. Чіткий звіт виконання всіх пактів цього обіжника, в цифрах з зазначенням, де саме вжито тих або других заходів, — надіслати до лікпрофу НКОЗУ.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Заст. керів. лікпроф. групи *Радченко*

(Об. розп. НКОЗ ч. 189 з 19 липня 1930 р.).

183. ПРО ОБСЛУГОВУВАННЯ МЕДДОПОМОГОЮ ЗАКОРДОННИХ СПЕЦІЯЛІСТІВ

До всіх окр. та райздоровінспектур, копія до НКЗ АМСРР

Щоб поліпшити медобслуговування закордонних спеціялістів, яких запрошено на роботу до СРСР, НКОЗУ пропонує таке:

1.— Всі закордонні спеціялісти, яких запрошено на роботу до СРСР—прикріплюються органами охорони здоров'я до найкращих в місті або на районі медсанустанов, так для одержання ліжкової допомоги, як і амбуляторної й допомоги вдома.

2.— Вони одержують медикаментозну допомогу також із окремих аптек, причому для них забезпечують і дефіцитні матеріяли.

3.— Ті закордонні спеціялісти, яких застраховано, санаторно-курортовою допомогою користуються нарівні з застрахованими.

Про це розпорядження пропонується Вам широко та без затримки повідомити всі лік-проф. установи та простежити за його виконанням.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Т. в. о. Кер. л-п. групи *Радченко*

Погоджено з ВРНГ

(Об. розпор. НКОЗ ч. 200 з 31 серпня 1930 р.).

184. ПРО СКЛАДАННЯ УМОВ ЗО ВСІМА РАДГОСПАМИ

До всіх райздоровінспекторів

При цьому надсилається типова „Умова", яку НКОЗУ складає зі всіма об'єднаннями радгоспів на Україні. На сьогодні „Умову" вже підписано з Сортовонасінньовим трестом Укрсельцукром, Молокотрестом, Укрдержкінгрестом, Городинним трестом, Дніпроелектросількомбінатом, Птахівничим, Кролівничим, Укрсадвинтрестом, Овцевод-свиноводтрестом, Скотартрестом, Садовиноградтрестом, Промтехкультур, Шовківничим та Спиртотрестом. Додається також ще окрема „Умова", яку ще раніш підписано з Зернотрестом. З Укрдержлісом також вже погоджено обслуговування рабочих лісорозробок на тих самих підвалинах, що й інших робочих радгоспів. Відповідного обіжника розіслано з 29(У-30р. № 149).

Отже пропонується:

1) перевірити стан допомоги по радгоспах та лісгоспах та вжити всіх заходів, щоб жоден радгосп не залишився без мдедопомоги, якої вимагають пакти типової „Умови".

2) За п. 9 типової „Умови“ треба скласти місцеві умови з окремими радгоспами та лісгоспами щодо забезпечення всіх їх меддопомогою на 30-31 рік повністю.

3) На 20 жовтня відповісти точно з назвами окремих пунктів:

а- скільки умов та з якими радгоспами та лісгоспами на 1-Х-30р. вже складено;

б- скільки рад. та лісгоспів різних категорій (п. п. „а“, „б“, „в , “г“) вже забезпечоно лікарнями, амбуляторіями та пунктаму першої допомоги за показниками „Умови“.

в- скільки рад. та лісгоспів кожної категорії пропонується забезпечити (плянується за кошторисом) на 1930-31 рік.

Заст. Зав. медсансектору *Сирошенко*

Ст. інспектор сільської мережі *Корженевський*

(Об. розп. НКОЗ з 7 липня 1930 р. п. 183) Л. П.

Типова умова А

НКОЗУ з Зернотрестом

Щоб поліпшити медичпо-санітарне обслуговування радянських господарст. що входять до складу Зерпотреста, Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР в особі т. Канторовіча та Зернотрест в особі т. Кравченка склали, на підставі арт. арт. 6—7 постанови РНК СРСР з 12 січня 1930 року „про умови праці в радянських господарствах“ (Зб. Зак. СРСР 1930 р. ч. 6, арт. 70), таку умову:

1. Протягом 1930 р. треба забезпечити всі радгоспи, що є в складі Зернотресту, медсанітарними та лікувально-профілактичними установами, зазначеними нижче, а саме:

а) У кожному радгоспові з кількістю постійних робітників не менш як 300 та якщо він є віддалений від найближчої амбуляторії не менш, як 5 клм., організується постійна амбуляторія та при ній стаціонар на 5 ліжок: 3 ліжка для тимчасового перебування хорого до відрядження його до відповідної лікарні та 2 ліжка пологових.

б) У кожному радгоспові з кількістю постійних робітників пе менш, як 300 та якщо він є віддалений від найближчої амбуляторії менш, як 5 клм., організується постійний медпункт першої допомоги. Такий же постійний медпунк першої допомоги організується і при меншій як 300 кількості постійних робітників, якщо радгосп є віддалений від найближчої амбуляторії більше за 5 клм.

в) У кожному радгоспові з кількістю сезонових робітників не менш, як 500 на час польових робіт організується сезонова амбуляторія, при ній стаціонар на 5 ліжок та ізолятор.

г) У кожному радгоспові з кількістю сезонових робітників від 200 до 500, якщо немає амбуляторії, на час польових робіт організується сезоновий медпункт першої допомоги. Такий самий сезоновий медпункт першої допомоги організується і при меншій за 200 кількості сезонових робітників, якщо радгосп є віддалений від найближчої лікустанови більше, як 5 клм.

д) Для обслуговування груп робітників, що підчас роботи віддалені від своєї бази (тракторні колони, лісорозробчі партії тощо) роздається аптечки першої допомоги спеціяльно призначеним та обученим у найближчій лікустанові особам, а де це можливо— і спеціяльному персоналу.

е) У кожному радгоспові з кількістю постійних робітниць та дружин робітників не менш, як 250, організуються постійні ясла. Сезонові ясла організуються в радгоспові за наявністю не менш 20 дітей до 4 річного віку у робітників радгоспу постійних та сезонових.

ж) Для обслуговування дітей та матерів у радгоспах з кількістю не менш, як 500 постійних робітників, до штату лікустанови радгоспу додається лікар по охороні дитинства та материнства.

з) У радгоспові з кількістю постійних робітників ,не менш, як 200, або сезонових не менш, як 500, утворюється дезінфекційна камера (стаціонарна або пересувна).

2. Якщо на території радгоспу або не даль, як у 5 клм. від нього існують лікувально профілактичні установи ОЗІ, обслуговування радгоспу може бути покладено на них, але вони відповідно поширюються та посилюються так медперсоналом, як і медінвентарем, медикаментами тощо.

3. Ліжкова допомога робітникам та членам їхніх родин (шпіталізація хорих) тих радгоспів, де лікарні немає, або вона недостатня,—надається в найближчій лікарні, для чого вона відповідно розширюється.

4. У разі неможливости на місці надавати відповідну лікувальну допомогу хорим робітникам радгоспів Зернотресту або членам їх родин — вони відряджуються до належних лікустанов.

5. У тих радгоспах Зернотресту, де немає пологових ліжок, акушерська допомога надається від роз'їзних акушерських пунктів, що організуються під доглядом відповідного лікаря при центрально-розташованих радгоспах.

6. По всіх радгоспах встановлюється постійний санітарний догляд через регулярні виїзди санітарного лікаря ОЗІ, який має звертати особливу увагу на житлово-побутові умови, харчування, водопостачання, лазні, пральні, попередження пошесних хвороб та боротьбу з ними.

7. Зернотрест зобов'язується:

а) надати для всіх зазначених у цій умові медусуанов, а також для житла мед. і тех. персоналу, що їх обслуговує досить пристосовані та відремонтовані приміщення в відповідних радгоспах.

Увага: Для належного здійснення цього зобов'язання Зернотрест негайно розпочинає капітальний ремонт та застосування приміщень для зазначених установ і персоналу, а в тих радгоспах де здатних для того приміщень немає, а також у всіх нових радгоспах приступає до будівництва належних приміщень за плянами, погодженими з відповідними місцевими органами Наркомздоров'я.

б) улаштувати всі згадані приміщення так для зазначених установ, як і для житла медперсоналу, обладнати їх твердим реманентом та забезпечувати їх біжучим ремонтом, опаленням, освітленням, водопостачанням та іншими комунальними послугами.

в) забезпечити зазначені в арт. 1 цієї умови медустанови транспортом для службових роз'їздів медперсоналу та для відрядження хворих робітників радгоспів і членів їхніх родин до відповідних лікарень тощо.

г) забезпечити в усіх радгоспах робітників лазнями та пральнями.

д) мати в усіх радгоспах відповідний запас вапни та дезинфекційних речовин за вказівками місцевого сандогляду.

е) в малярійних районах придбати хінін для профілактичної хінізації робітників та провадити нафтування сумнівних водоймищ за вказівками сандогляду.

8. На Наркомздоров'я покладається:

а) Забезпечити зазначені в арт. 1 цієї умови установи медперсоналом.

б) Постачати їм м'який реманент, інструментарій, ліки, перев'язочний матеріял тощо.

в) Постачати всім радгоспам Зернотреста (див. вище арт. 1 літ. „д“) аптечки швидкої допомоги з достатньою кількістю індивідуальних пакетів.

9. Конкретні пляни обслуговування, на підставі цієї умови, кожного окремого радгоспа складаються на місцях відповідними місцевими органами НКОЗ і дирекцією даного радгоспу за участю представників профспілки медсанпраця, сільгоспробітників та страхкаси.

Наркомздоров'я *(підпис)*

Уповноважений тресту *(підпис)*

Умова (типова) НКОЗ'у зо всіма радгоспоб'єднаннями, крім Зернотресту

Щоб поліпшити медично-санітарне обслуговування радянських господарств, що входять до складу тресту, Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР в особі та трест в особі ск али на підставі арт. арт. 6—7 постанови РНК СРСР з 12 січня 1930 року „про умови праці в радянських господарствах“ (Зб. Зак. СРСР 1930 р. ч. 6, арт. 70) таку умову:

1. Протягом 1930 р. треба забезпечити всі радгоспи, що є в складі тресту медсанітарними та лікувально-профілактичними установами, зазначеними нижче, а саме:

а) У кожному радгоспові з кількістю постійних робітників не менш як 500 та якщо він є віддалений від найближчої амбуляторії не менш як 5 клм. організується постійна амбуляторія та при ній стаціонар на 5 ліжок: 3 ліжка для тимчасового перебування хорого до відрядження його до відповідної лікарні та 2 ліжка пологових.

б) У кожному радгоспові з кількістю постійних робітників не менш, як 500 та як що він є віддалений від найближчої амбуляторії менш як 5 клм., організується постійний медпункт першої допомоги. Такий же постійний медпункт першої допомоги організується і при меншій, як 500 кількості постійних робітників, якщо радгосп є віддалений від найближчої амбуляторії більше як за 5 клм. та має не менш як 100 постійних робочих.

в) У кожному радгоспові з кількістю сезонових робітників не менш як 750 на час польових робіт організується сезонова амбулаторія, при ній стаціонар на 5 ліжок та ізолятор.

г) У кожному радгоспові з кількістю сезонових робітників від 300 до 750, якщо немає амбуляторії, на час польових робіт організується сезоновий медпункт першої допомоги. Такий же сезоновий медпункт першої допомоги організується і при меншій як 300 кількості сезонових робітників, якщо радгосп є віддалений від найближчої лікустанови більше, як 5 клм. та має не менш, як 100 робочих постійних та сезонових разом.

д) Для обслуговування груп робітників, що підчас роботи віддалені від своєї бази (тракторні колони, лісорозробні партії тощо) роздаються аптечки першої допомоги спеціяльно призначеним та обученим у найближчій лікустанові особам, а де це можливо, і спеціяльному персоналу.

е) У кожному радгоспові з кількістю постійних робітниць та дружин робітників не менш як 250 організуються постійні ясла. Сезонові ясла організуються в радгоспові за наявністю не менш 20 дітей до 4-х річного зросту у робітників радгоспу, постійних та сезонових.

ж) Для обслуговування дітей та матерів у радгоспах з кількістю не менш як 500 постійних робітників до штату лікустанови радгоспу додається лікар по охороні дитинства та материнства..

з) У радгоспові з кількістю постійних робітників не менш як 200, або сезонових не менш як 500 утворюється дезинфекційна камера (стаціонарна або пересувна).

2. Якщо на території радгоспу або не далі, як у 5 клм. від нього, існують лікувально-профілактичні установи ОЗІ, обслуговування радгоспу може бути покладено на них, але вони відповідно поширюються та посилюються так медперсоналом, як і мединвентарем, медикаментами тощо.

3. Ліжкова допомога робітникам та членам їхніх родин (шпиталізація хорих) тих радгоспів, де лікарні немає, або вона недостатня, надається в найближчій лікарні, для чого вона відповідно поширюється.

4. У разі неможливости на місці надавати відповідну лікувальну допомогу хорим робітникам радгоспів тресту або членам їх родин, вони відряджуються до належних лікустанов.

5. У тих радгоспах тресту, де немає пологових ліжок, акушерська допомога надається від роз'їзних акушерських пунктів, що організуються під доглядом відповідного лікаря при центрально-розташованих радгоспах.

6. По всіх радгоспах встановлюється постійний санітарний догляд через регулярні виїзди санітарного лікаря ОЗІ, який має звертати особливу увагу на житло-побутові умови, харчування, водопостачання, лазні, пральні, попередження пошесних хвороб та боротьбу з ними.

7. трест зобов'язується:

а) надати для всіх зазначених у цій умові медустанов, а також для житла мед і техперсоналу, що їх обслуговує досить пристосовані та відремонтовані приміщення в відповідних радгоспах.

Увага: Для належного здійснення цього зобов'язання трест негайно розпочинає капітальний ремонт та застосування приміщень для зазначених установ і персоналу, а в тих радгоспах де здатних для того приміщень немає, а також у всіх нових радгоспах приступає до будівництва належних приміщень за плянами, погодженими з відповідними місцевими органами Наркомздоров'я.

б) улаштувати всі згадані приміщення так для зазначених установ, як і для житла медперсоналу твердим реманентом та забезпечувати їх біжучим ремонтом, опаленням, освітленням, водопостачанням та іншими комунальними посдугами.

в) забезпечити зазначені в арт. 1 цієї умови медустанови транспортом для службових роз'їздів медперсоналу та для відрядження хворих робітників радгоспів і членів їхніх родин до відповідних лікарень тощо.

г) забезпечити в усіх радгоспах робітників лазнями та пральнями.

д) мати в усіх радгоспах відповідний запас вапни та дезінфекційних речовин за вказівками місцевочо сандогляду.

е) в малярійних районах придбати хінін для профілактичної хінізації робітників та переводити нафтування сумнівних водоймищ за вказівками сандогляду.

8. На Наркомздоров'я покладається:

а) забезпечити зазначені в арт. 1 цієї умови установи медперсоналом.

б) постачати їм м'який реманент, інструментарій, ліки, перев'язочний матеріял тощо.

в) постачати всім радгоспам . . . тресту (див. вище арт. 1 літ. „д") аптечки швидкої допомоги з достатньою кількістю індивідуальних пакетів.

Увага: Наведені в цьому артикулі заходи здійснюються за кошторисами НКздоров'я та його місцевих органів.

9. Конкретні пляни обслуговування, на підставі цієї умови, кожного окремого радгоспа складаються на місцях відповідними місцевими органами НКОЗ і дирекцією даного радгоспу за участю представників профспілки медсанпраця, сільгоспробітників та страхкаси.

Наркомздоров'я (*підпис*)

Уповноважений (*підпис*)

Увага. 1. Умови ці повинні виконуватись, не порушуючи постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР від 20 березня 1929 р. „про матеріяльну участь промислових підприємств

у боротьбі з пошестями в промрайонах", поширену окремою постановою ВУЦВК і на об'єднання радгоспів, а також і постанови ВУЦВК і РНК УСРР „про заходи колективізації та оздоровлення дитячого побуту".

2. Во всіх пактах слово „сезоновий" треба розуміти поширено для всіх категорій тимчасових робочих.

3. Хінін з профілактичною метою (п. 7. літ. „е") постачати можна через установи Укрмедторгу, але за кошти підприємств.

185. ПРО ПЕРЕВОЗКУ ХОРИХ НА ЗАРАЗЛИВІ ХОРОБИ ЗАЛІЗНИЦЕЮ

До всіх здоровінспектур та медсанупрів

(Окремо не надіслано)

Оголошуючи правила про перевозку заразливих хорих залізницею. Наркомздоров'я звертає увагу всіх лікарів (санітарних, епідеміологів, дільничних, лікарняних і т. д.) на те, що не вважаючи на відповідні розпорядження з боку Наркомздоров'я про противоепідемічні заходи, є багато випадків, коли самі лікарі порушують основні елементарні правила— перевозки заразливих хорих залізницею, направляючи хорих на шкарлятину, обклад, кір і т. д. в загальних вагонах до тієї чи іншої лікарні або поліклініки. Як досить яскравий приклад такого порушення противоепідемічних правил можна навести такий випадок, коли лікар Бориспільського району відправив в загальному вагоні хору на шкарлятину з листуванням такого змісту: *„До Киевської :Жовтневої лікарні. Інфекційний відділ. Направляеться гр. с. Любарців Білик Ліда (зроблено впорскування антишкарлятинозної сиворотки 30 куб.) для ліжкового лікування: „Зав. амбулаторії (підпис)"*. Таких випадків, коли лікар повідомляє про ріжні деталі клінічної картини, про засоби лікування, і зовсім забуває про профілактичні міроприємства, є багато.

На підставі цього Наркомздоров'я пропонує всім ОЗІ й райздоровінспектурам добре ознайомитись із правилами перевозки заразливих хорих залізницею, проінструктувати всіх лікарів і стежити за тим, щоб таких неприпустимих випадків не було. Також треба перевести широке ознайомлення про це населення.

Надалі за порушення основних правил перевозки Наркомздоров'я накладатиме суворі адміністративні кари.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

За зав.. сект. трансп. мед. *Лебедев*

(Об. розп. НКОЗ ч. 336 — 13 з 17 вересня 1930 р.).

Правила

Перевозки заразных больных по железным дорогам

(Выписка из Устава железных дорог СССР 1929 г. изд. 3-е прил. № 1 к ст. 6)

§ 1.

Перевозка по железным дорогам больных заразными болезнями (тифом брюшным, возвратным и сыпным, дизентерией, холерой, оспой, скарлатиной, дифтерией, рожей, эпидемическим цереброспинальным менингитом, сибирской язвой), производится одиночным порядком или группой только в отдельном санитарном вагоне и в сопровождении специального санитарного персонала (врача, лекпома, сестры медицинской, санитара), с соблюдением всех мер предосторожности против возможного распространения этих болезней по пути следования.

Примечание 1. Перевозка больных чумой производится на основании приказа НКПС — 1927 г. № 9380.

Примечание 2. Перевозка больных проказой производится на основании льготного пассажирского тарифа № 12 (Св. тарифов на перевозку пассажиров по жел. дорогам СССР, Тарифное руководство № 272).

§ 2.

Учреждение или лицо, желающее перевести больного, должно предъявить начальнику станции отправления особое письменное предложение установленной формы от санитарного врача или районного санитарного врача или участкового врача железной дороги не позднее, чем за 24 часа до предполагаемого отправления больного, для подачи и прицепки санитарного вагона к поезду и для передачи и пропуска его на соседние дороги.

§ 3.

Прицепка вагонов производится к первому проходящему поезду, за исключением курьерского и скорого.

Передача вагона производится на общих основаниях срочного возврата без обмена.

§ 4.

Количество следующих больных с указанием болезни и числа лиц сопровождающего персонала обозначается врачем в выдаваемом предложении, причем число сопровождающих не должно быть более двух человек при одном больном.

§ 5.

Сопровождающий больного персонал должен знать правила перевозки заразных больных и соблюдать все необходимые меры предосторожности против возможного распространения заразных болезней по пути следования, а именно:

а) санитарный вагон должен быть снабжен всем необходимым инвентарем и предметами ухода за заразными больными, а также достаточным количеством дезинфецирующих средств и приборов;

б) вагон должен иметь служебное отделение для проводника-санитара и специальное отделение для сопровождающего персонала;

в) вход в вагон, в котором находятся больные, не разрешается никому, кроме сопровождающего персонала;

г) больным и сопровождающему персоналу запрещается посещение мест общего пользования (вагоны-столовые, буфеты, уборные) или приходить в какие-либо излишние сношения с железнодорожным персоналом;

д) сопровождающий больных персонал не должен спать, принимать пищу и курить в помещении для больных;

е) дежурный при больных синитар должен в пути и на остановках поезда производить дезинфекцию уборной вагона и всех выделений больных и тщательно дезинфецировать выносное ведро (судно); опорожнение выносных ведер с выделениями заразных больных больных на полотно жел. дороги или вблизи него запрещается, оно должно производится в специально отведенных по указанию санитарного надзора дороги местах.

§ 6.

Проезд больных не транспортников и лиц, их сопровождающих, оплачивается по соответствующим тарифам.

§ 7.

При развитии эпидемии на дороге правлением дороги выделяется на это время необходимое число дополнительных санитарных вагонов.

§ 8.

В случае обнаружения заразного больного в поезде начальник или главный кондуктор поезда срочно извещает телеграммой начальника ближайшей станции следования поезда, а последний немедленно уведомляет об этом ближайшего санитарного или участкового врача дороги для встречи и осмотра больного и поезда и принятия соответствующих мер (изоляции больного, дезинфекции отделения вагона, телеграфного извещения станции назначения о необходимости производства дезинфекции вагона и т. п.)

§ 9.

Вагон, в котором был обнаружен или следовал заразный больной, по прибытии на станцию назначения распоряжением начальника станции подается на специальный путь и подвергается дезинфекции по усмотрению органов санитарного надзора дороги.

§ 10.

Ответственность за наблюдение по выполнению этих правил лежит на органах санитерного надзора дороги.

Цужел

186. Про введення термінових повідомлень щодо розвитку кишкових захворувань та про рух запобіжних щеплень*)

До всіх здоровінспектур

Через те, що по багатьох округах уже тепер спостерігаються численні випадки захворувань на кишкові інфекції, й це потрібує своєчасного переведення відповідних запобіжних заходів, Наркомздоров'я пропонує, починаючи з 1 липня ц. р. ввести півмісячні телеграфні повідомлення про рух кишкових інфекцій за такою формою:

„Телеграма Харків Наркомздоров'я-з (дата) по (дата) зареєстровано тифу місті (кількість випадків), робселищах (кількість випадків), селі (кільк. випад.) з них шпиталізовано (кількість шпиталізованих разом по місту, рабочих селищах та селах. Різачки (загальна кількість випадків) з них шпиталізовано (загальна кількість шпиталізованих) підпис." В разі відсутности захворувань по одній із зазначених груп (місту, селі та роб. селищам) відповідну групу в телеграмі зазначати не слід. Групу „по робселищах" треба відокремлювати лише по промислових округах, де такі селища є. Під терміном „тифу" слід розуміти випадки черевного тифу та паратифів.

Незалежно від надсилки телеграфних повідомлень про рух захворувань двічі на місяць почтою слід надсилати повідомлення про переведення запобіжних щеплень за такою формою.

„Відомості про переведення запобіжних щеплень проти черевного тифу по району за час з по Зроблено щеплень: I (кількість), II (кількість), III (кількість). Остаточно імунізовано за цей термін (зазначити кількість осіб.) Підпис".

Так телеграфні повідомлення про захворуваність, як і почтові—про рух щеплень—треба надсилати щомісяця двічі: перший раз за час з 1 по 15 число і вдруге—з 16 по останнє число даного місяця включно. Відповідно до цього надсилку телеграм та почтових повідомлень проводити ніяк не пізніше за 18 та 3 число кожного місяця. Терміни, що їх тут зазначено, є остаточні, порушення їх в жодному випадкові неможна припускати під особисту відповідальність здоровінспектора. В разі неодержання до зазначених термінів повних матеріялів від усіх участків, слід надсилати те, що одержано.

В той же час райздоровінспектори повинні вже зараз подбати за те, щоб забезпечити своєчасне одержання відповідних матеріялів з районів та дільниць.

Першу надсилку повідомлень (за першу половину липня) належить виконати 18 липня.

Кер. мед сан. сектора *Кустелян.*

Зав. сан. епід. відділу *Марзеєв.*

(Об. розп. НКОЗ з 7 липня 1930 р. ч. 30-II).

187. Про сандогляд місць продажу та зберігання харчпродуктів на транспорті.

До МСУ Півд. Західн., Півд., Донецьк., Катерининськ., Водсанупру до всіх РЗІ.

(*Окремо не надіслано*)

Із матеріялів, що є в розпорядженні сектору транспортної медицини, а також на підставі постанови наради санлікарів транспорту в червні місяці ц. р., Наркомздоров'я констатує, що справа організації та здійснення саннагляду та оздоровних заходів у справі харчової справи на транспорті стоїть негаразд. До цього часу санітарні лікарі транспорту всю свою увагу зосереджували майже виключно на обслуговуванні харчування транспортного пролетаріяту, не приділяючи достатньої уваги: а) справі перевірки та охоронення вантажів на транспорті (залізничному та водному), б) організації харчування населення, що користується транспортом (пасажири, сезонові робітники, переселенці, екскурсанти, туристи та інші кола пролетаріяту). Треба рішуче змінити напрямок роботи транспортної санітарної організації в цій галузі тим більш, що в зв'язку з ліквідацією транспортної кооперації й передачею справи харчування транспортного пролетаріяту ВУКС'у на загальних засадах з іншими колами пролетаріяту, для цього є сприятливі умови.

На підставі вищезазначеного, пропонується:

*) Обіжник надіслано місцям 7 липня 1930 р.

1 Договоритися з здоровінспект рами про передачу їм всього санітарного догляду місць продажу, схоронення, заготівлі та розподілу харчових продуктів поза смугою вивласнення санітарної організації відповідних округ (районів), залишивши за санітарними лікарями транспорту обслуговування поза смугою вивласнення тих об'єктів, що мають безпосереднє відношення до транспорту, обслуговуючи або харчування пасажирів та інших рухомих мас, або перевозку харчових вантажів (пристанційні базарчики, елеватори, холодники і т. інш.) При чому там, де за місцевими умовами це доцільно й корисно для справи, треба покласти і цей вид санітарно-харчової справи на санітарних лікарів відповідних районів; напр. там, де є базарчики, холодники в безпосередньому приміщенні до станції, а на цій станції санітарний лікар транспорту не мешкає, а навпаки мешкає сан. лікар району.

Санітарно-харчовий нагляд зі всіма об'єктами, що знаходяться в смузі вивласнення, треба залишити в сфері вплива транспортної санітарної організації (буфети, закриті їдальні, хлібопекарні й т. інш).

Умови, або акти про передачу скласти конкретно до кожного санітарного району транспорта та санітарного району відповідного адміністративно-територіяльного району й надсилати їх до від. Трансп. мед.

2. Тепер же протягом зазначеного терміну скласти і надіслати до ВТМ певного пляна санітарного обслуговування перевозок харчових вантажів (навантаження, розвантаження, схоронення та перевозка в вузькому уявленні цього слова), зазначивши:

а) на яких станціях треба встановити постійний санітарний догляд;

б) характер харчових вантажів, що їх навантажують, або розвантажують на цій станції;

в) які основні пункти призначення вантажів;

г) з яких основних пунктів прибувають вантажі;

д) систему запровадження саннагляду, забезпечення персонало-ляборатріями, апаратурою та в якій частині справу здійснення санітарно-харчового нагляду можна забезпечити на місцях, за які кошти та яких організацій (ВСУ, МСУ, ОЗІ, НКШ, ВУКС та інш.);

е) основні накази, умови та погодження з організаціями, за якими переводиться саннагляд.

3. На підставі постанов наради санітарних лікарів транспорта встановити певні вимірники (контрольні числа) для кожного санлікаря в галузі переведення санітарного нагляду по всіх інших об'єктах, що є в смузі вивласнення (їдальня, чайні, хлібопекарні, рундуки, магазини і т. інш.) з вказівками на заявку ляборторіям в переведенні санітарно-харчових і харчово-бактеріологічних аналіз. Ці матеріяли також надішліть до ВТМ.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Нач. відділу Трансп. медицини *Хармандар'ян*

(Об. розп. НКОЗ ч. 336-15 з 18 липня 1930 р.)

188. У справі складання контрольних цифр і кошторисів на охорону здоров'я по міських і районових бюджетах.

До всіх окрздоровінспектур і копія до НКОЗ АМСРР*)

Свого часу Наркомздоров'я дав округам директиви до складання контрольних цифр і бюджетів на охорону здоров'я для 1930/31 р.

За переходом на районову систему управління дані НКОЗ директиви повинні відбитися в міських та районових контрольних цифрах і бюджетах.

На органах охорони здоров'я лежить найважливіше завдання прикласти всіх зусиль до того, щоб забезпечити міста й райони за контрольними цифрами і бюджетами, цілком достатніми для них коштами.

В підставу для роботи ОЗІ в цьому напрямку належить покласти постанову президії ВУЦВК'у з 17 липня 1929 р. про прискорення темпу розвитку справи охорони здоров'я і піднесення відсотку витрат на цю справу в місцевому бюджеті.

Разом із цим слід мати на увазі, що районовий бюджет з ліквідацією округ становиться головним чинником фінансування охорони народнього здоров'я оскільки 85% усієї медично-санітарної мережі зосереджено в районах, а в тому питома вага призначень на охорону здоров'я в районовому бюджеті повинна бути максимально підвищена (не менш до 20% в пересічному).

Наркомздоров'я вже повідомив ОЗІ про те, що накреслені НКФінансів контрольні цифри на охорону здоров'я за місцевим бюджетом для 1930/31 р. не погоджені з НКОЗ

*) Надіслано 22 серпня 1939 р.

і що ці накреслення НКФ не відповідають навіть мінімальним потребам справи охорону здоров'я, а тому на ОЗІ лежить завдання всіма засобами досягти збільшення розмірів контрольних цифр.

Для здійснення завдань, які покладаються на ОЗІ, Наркомздоров'я наводить, як мінімальний, такий програм забезпечення в контрольних цифрах і бюджетах міських рад та районів установ і заходів по охороні здоров'я:

1. Всі установи міжрайонового значення залишаються на бюджеті тієї територіяльної одиниці (міській чи районовій), на якій вони розташовані.

Разом із цим НКОЗ пропонує негайно надіслати до НКОЗ спис установ міжрайонового начіння, відзначивши окремо, в яких саме районах ці установи перебувають та які інші райони й в якій мірі вони обслуговують, а також, які установи міжрайонового значіння, на вашу думку, підлягають передачі на державний бюджет з належним обґрунтуванням цієї думки.

2. В міських та районових бюджетах повинні бути проведені всі витрати, що до цього часу проходили по округжних бюджетах, якто: витрати по перекваліфікації персоналу, витрати на санітарні й проти-епідемічні заходи районового значіння, витрати на санаторно-курортове лікування селян, витрати на відправку хворих для спецлікування, різні фонди (фонд матери-селянки, фонд соцдопомоги) тощо.

3. У контрольних цифрах так міських, як і районових бюджетів треба цілком відбити таке:

а) по лінії санепіду: забезпечення дальшого значного розвитку санітарно-епідемічної мережі й заходів: епідзагонів, прищепних загонів, інфекційних ліжок, придбання дезапаратури, організація нових санлябораторій, придбання сироваток і вакцин, рухомі лазнево-пральні загони, утворення санітарно-технічного фонду, утворення епідфонду на випадок потреби поширення мережі інфекційних ліжок і т. інш.

б) По лінії лікувально-профіляктичної справи: розвинення ліжкової й амбуляторної допомоги в напрямку переважного обслуговування радгоспів і колгоспів, розвинення мережі пуктів першої допомоги так постійного, як і сезонного характеру, розвинення мережі установ боротьби з соцхворобами, розвинення мережі спеціяльних диспансерів, головним чином в промислових і робочих районах (дітдиспансерів, диспансерів боротьби з злоякісними новоутвореннями, наркодиспансерів. Крім цього, по цій лінії за основне завдання повинно бути забезпечення витрат для переходу на роботу за системою єдиного диспансера і зміцнення профіляктичним участків.

в) По лінії охматдиту: забезпечення радгоспів і колгоспів мережою постійних і сезонних ясел, розвинення мережі дитячих і жіночих консультацій, розвинення пологової допомоги так ліжкової, як і вдома.

Невідійманою обов'язковою частиною при цьому є потреби якісного поліпшення справи через піднесення норм витрат, особливо харчування і медикаментів, та забезпечення санітарної організації й лікувальних установ власним транспортом.

Наведений мінімальний програм забезпечення населення медично-санітарною допомогою звичайно, не може призводити до обмеження лише накресленими заходами. В міських і районових бюджетах повинні відбитися витрати на капітальний ремонт існуючої медично-санітарної мережі, на будівництво нових медично-санітарних установ, причому у відношенні початого й наміченого взагалі будівництва цілком неприпустимо скорочувати обсяг цього будівництва, на організацію й будівництво санітарних станцій, поширення всіх видів санітарного обслуговування населення, переведення оздоровних заходів серед дітей і підлітків, обслуговування нацменшостей і бідноти, розвинення саносвітньої роботи, санаторно-курортового обслуговування селянства і т. інш.

Наркомздоров'я *Канторович*

Кер. фін. бюдж. групи *Динін*

(Об. розп. НКОЗ ч. 222-12 з 22 серпня 1930 р.)

189. Положення

Про санітарного лікаря поправно-трудових установ

Окремо в міських і районових бюджетах треба передбачити витрати в зв'язку з передачею на місцевий бюджет установ УЧХ і установ фонду меддопомоги застрахованим, за постановою РНК УСРР.

Щодо побутових умов медперсоналу, то в бюджетах повинні відбитись достатні витрати на пільги медробітникам, за постановою РНК з 23 квітня ц. р., на забезпечення персоналу кватирями, комунальними послугами з витратами на відрядження і т. інш.

1. Санітарних лікарів поправно-трудових установ призначають та звільняють округові інспектури охорони здоров'я або ж секції охорони здоров'я міськрад, коли останнім передано функції щодо прийому та звільнення медперсоналу, що працює в місті.

Санітарні лікарі увіходять до складу робітників міськсанепіду й підпорядковані останньому на загальних підставах з іншими міськими санлікарями.

2. До обов'язків санітарного лікаря ПТУ належить:

а) доглядати санітарного стану поправно трудових установ, включаючи всі їхні частини та допоміжні заклади (майстерні, лікарні, лазні, пральні й т. інш.), а також територію, що на ній ці установи розташовані.

Увага: в таких випадках, коли попр. трудові установи або їхні частини є поза межами міста—їх обслуговує той самий санлікар ПТУ по згоді з місцевим санлікарем.

б) Розробляти плянові оздоровні заходи, що їх здійснюється потім через адміністрацію ПТУ.

в) Розробляти та здійснювати протиепідемічні заходи поміж ув'язненних (карантин, санобробка, запобіжні щеплення, дезінфекція, ізоляція, шпіталізація й т. інш.)

г) Доглядати умов праці й побуту та захоруваности так в'язнів, як і персоналу, що обслуговує ПТУ і мешкає на території останньої.

д) Брати участь у саносвітній роботі, серед в'язнів і персоналу ПТУ.

3. Для здійснення покладених на нього завдань санлікар ПТУ має право:

а) Вільно-протягом цілого дня входити в усі приміщення для ув'язненних, майстерні, лазні та інші заклади, що їх перелічено в пп. „а“ арт. 3-го цього положення.

б) Стежити за тим, щоб продукти, що їх призначено для харчування в'язнів, були доброякісні; брати участь у прийомці згаданих продуктів і доглядати виготовлення їжі та додержання харчових норм.

в) Доглядати правильної та безперебійної роботи водогону та каналізації, а також правильної організації уборки території та приміщень БУПР'у й очистки вихідників та сміттьових скриньок.

г) Наглядати за рівномірним розміщенням в'язнів по камерах.

д) Стежити за своєчасною та повною санітарною обробкою в'язнів зокрема тих, що знову прибувають до даної ПТУ, а також тих, що їх відряджується з етапними партіями.

е) Пред'являти адміністрації ПТУ санітарні вимоги, що їх обґрунтовано на чинному законодавстві та обов'язкових постановах.

4. Для здійснення санітарно-епідемічних заходів у розпорядженні санітарного лікаря перебуває ввесь штатний санітарно-епідемічний персонал (дезінфектори, щепельний персонал і санітари, що облуговують перепускники та карантини), а також загін з в'язнів, якого утворюється за інструкцією НКОЗ та НКВС.

5. Санітарний лікар працює за пляном, якого він складає за погодженням з Нач. ПТУ та голов. лікаря ПТУ та що його затверджує Міськсанепід. Адміністрація ПТУ зобов'язується всебічно сприяти виконанню санлікарем його обов'язків.

6. Свою роботу санлікар провадить за відповідними інструкціями що їх видає НКОЗ УСРР за погодженням з НКВС.

7. Санлікар щомісяця подає звіта міськсанепіду та інформує про свою діяльність адміністрацію ПТУ.

8. В тому випадку, коли штатної посади санлікаря ПТУ не має—чинність цього положення поширюється на того прикріпленого санлікаря, що йому міськсанепідом доручено обслуговувати поправно-трудові установи.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

Зав. сан. епіду, *Марзєєв* Нач. Упр. ПТУ *Воєводов*

190. Про облік військово-зобов'язаних

(*окремо не надсилався*)

До всіх райздоровінспекторів, до секцій охорони здоров'я міськрад, до всіх установ охорони здоров'я

У зв'язку з потребою забезпечити докладний облік всіх військово-зобов'язанних, НКОЗ пропонує ввести по всіх установах окремий облік військово-обов'язаних співробітників за формою, що при цьому додається.

Облік повинна провадити лише сама установа й подавати ці дані до органів охорони здоров'я не треба.

За всіх ревізій та обслідувань обов'язково треба перевіряти, як провадиться цей облік.

Додаток. Форма

Заст. зав. сектору кадрів *Кушнір*

Ст. інспектор кадрів *Рапопорт*

(Обр. розп. НКОЗ ч. 14—510)

Форма
(додаток до обіжн.
№ 14—510).

Список військово зобов'язаних

Співробітників ______________________________
(Назва установи, місто, район, село)

№№ по черзі	Прізвище, ім'я та по батькові	Яку обіймає посаду	З якого часу перебуває на посаді при даній установі	Рік народження	Партійність—член або кандидат ВКП(б)	Чи зарахован у перем состав тердивізії	В якій військово-учотній установі перебуває на обліковіта заякими № ____	Склад: команд. політич. медичн. спеціяльн. адм.-госп.	Розряд учоту	Вид військ	Посада, по якій є на учоті	Група середня, старша, вища	Рід військ	Категорія	До якої частини військ приписаний для явки за мобілізацією.	Примітка
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Примітка: Графи 8-15 заповнювати згідно з учотно-військовим білетом стор. 12

Про належний стан обліку військово-зобов'язаних лікарів

(*Окремо не надіслано*)

До всіх здоровінспектур, МСУ, до НКОЗ АМСРР. До інститутів удосконалення лікарів і медінститутів.

Не зважаючи на неодноразові вказівки НКОЗ щодо суворого додержання правил обліку, що їх встановлено для військово-обов'язаних, до цього часу спостерігається недбале ставлення з боку окремих військово-обов'язаних лікарів, а також із боку деяких медсанустанов до справи військового обліку, що має певне державне значіння.

Отже, НКОЗ разом з ВСУ УВО категорично пропонує всім органам та установам охорони здоров'я, а також усім військово обов'язаним лікарям повністю виконувати всі вимоги щодо обліку військово-обов'язаних, що їх встановлює закон. Відповідно до цього пропонується:

1. Приймаючи на службу, залічуючи на різні курси, обов'язково вимагати від військово-обов'язаних учотних воїнських білетів та перевіряти, чи знявся з обліку у військовому комісаріяті, коли дана особа приїхала з іншої округи.

2. Зміни при проходженні служби, що заносяться до трудового списку, одночасно вносити до учотно-військового білета, а саме:
 а) перехід на іншу посаду та зміну адреси,
 б) вступ до партії або вихід із неї.
 в) зміну в стані здоров'я (на підставі постанов відповідних комісій).

 Ці зміни робить окрвійськомат за особистими заявами військово—обов'язаного.

 Незалежно від цього всі органи та установи охорони здоров'я повинні один раз на рік 1 січня давати окрвійськоматам відомості про зміни в службовому стані військово-обов'язаного медскладу запасу, який працює в тій або іншій установі.

3. Всім інститутам удосконалення лікарів надсилати до Військово-Санітарної Управи УВО (Харків) за два тижні після закінчення списки лікарів—чоловіків, що прослухали різні курси та закінчили інтернатуру, за формою, що до нього додається.

4. Всім медичним інститутам надсилати до ВСУ УВО списки ординаторів—чоловіків, що закінчили ординатуру, за формою (див. п. 3).

5. Всі медсанустанови повинні мати окремі списки всіх військово-обов'язаних згідно з обіжником НКОЗ № 14—510 та стежити за тим, щоб усі військово-учотні документи співробітників відповідали вимогам закону.

6. При всіх обслідуваннях та ревізіях обов'язково перевіряти стан обліку військово-обов'язаних.

7. Всі особи, що порушуватимуть встановлені правила обліку, а також завідувачі установ, де будуть виявлені такі особи, буде притягнено до відповідальности так адміністративної, як і до карної.

8. Всім мединститутам при черговому випуску молодих лікарів обов'язково повідомляти відповідні окрвійськомати про надання тієї чи іншої особі кваліфікації лікаря для перелічення їх на облік начскладу запасу (медичного).

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Нач. ВСУ УВО *Суслов* Заст. кер. сект. кадрів *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 14—510 з 27 липня 1930 р.)

Затвердив Наркомздоров'я Канторовіч

Спис

військово-обов'язаних лікарів-чоловіків, що закінчили ординатуру, інтернатуру, курси при——————————Інституті Удосконалення (Медичний Інститут).

№	Прізвище, ім'я та по батькові	Рік народження	Місце постійної праці	До якого військкомату приписан: та № облік. військ—білету	За якою спеціяльністю скінчив ординатуру, інтернатуру, курси
1	2	3	4	5	6

192. Положення

Про діяльність НКОЗ в галузі фізичної культури [1]

1. НКОЗ скеровує всю роботу з фізкультури відповідно до основних політичних, економічних та культурних завдань соціялістичного будівництва і заходів щодо оборони країни

2. НКОЗ централізовано керує, об'єднує, плянує і контролює роботу з фізкультури щодо
а) охоплення лікарським контролем усіх форм фізкультурної роботи;
б) підготування та перепідготування лікарських фізкультурних кадрів;
в) науково-дослідньої діяльности підлеглих НКОЗ установ.

3. До компетенції НКОЗ в галузі фізкультури належить:
а) керувати діяльністю з фізкультури окружних і районових інспектур охорони здоров'я;
б) керувати науково-дослідно та учбовою діяльністю в галузі фізкультури в підлеглих НКОЗ наукових та учбових установах, а також утворювати нові наукові та учбові заклади фізкультури для кваліфікації й перекваліфікації лікарів
в) давати настанови санітарно-освітньої та наукової роботи з фізкультури і здійснювати видавничу діяльність в цих питаннях, а також давати попередні висновки про доцільність друкування окремих наукових праць з фізкультури та лікарського контролю в підлеглих НКОЗ установах.
г) пророблювати та встановлювати типові положення про норми санітарного та санітарно-технічного характеру всіх споруджень с фізкультури по лінії всіх державних установ та громадських організацій, а також встановлювати норми мед. контролю з фізкультури

для всіх держустанов та громадських організацій. Плянувати будівництво фізкультурних споруджень, а також розглядати й давати попередні висновки на пляни типових споруджень та устаткування закладів фізичної культури по лінії установ охорони здоров'я;

ґ) організовувати і провадити Всеукраїнські з'їзди та наради науково-методичного характеру, виставки і т. інш. по лінії НКОЗ.

д) Встановлювати систему обліку та звітности у справі фізкультроботи, яку провадять органи охорони здоров'я на місцях;

е) давати настанови і програми в галузі підготування та перепідготування лікарів-фізкультурників, а також вести облік і розподіл складу лікарів, що працюють в галузі фізкультури на терені УССР по лінії НКОЗ.

є) Обслуговувати лікарським контролем екскурсійну роботу та туризм і переводити науково-дослідну роботу щодо туризму.

4. Щоб здійснювати зазначені завдання, НКОЗ надається таких прав:

а) Остаточно розв'язувати всі питання фізкультурної роботи щодо лікарського контролю, підготування та перепідготування лікарів в цій галузі;

б) обслідувати діяльність всіх інспектур охорони здоров'я та науково-дослідчих і учбових установ НКОЗ в роботі з фізкультури шляхом заслухування періодичних доповідів і неперіодичних повідомлень установ, що провадять лікарський контроль, підготування та перепідготування лікарів з фізкультури та науково-дослідну роботу;

в) обслідувати та перевіряти роботу всіх державних установ та громадських організацій, що провадять роботу з фізкультури з боку санітарно-технічних та санітарних вимог і здійснення ними медичного догляду, а також давати свої висновки щодо споруджень фізкультурних закладів з боку санітарних та санітарно-технічних вимог;

г) мати представників в центральних органах України в питаннях, зв'язаних із здійсненням завдань фізичної культури;

ґ) видавати періодичні та неперіодичні праці, брошюри, листки наукового та науково-популярного характеру з фізкультури та наочні приладдя за загальним положенням.

д) організувати такі установи;

а. Інститут фізкультури: разом із ВРФК та НКО

б. відділи фізкультури при інших інститутах;

в. відділи фізкультури при будинках саносвіти;

г. лікарсько-контрольні пункти з фізкультури, як самостійні, також і в складі медично санітарних установ;

д. кабінети корегувальної гімнастики і т. інш.

5. НКОЗ утворює постійну секцію при науково-медичній раді для розроблювання окремих питнь з фізкультури, притягаючи для цього окремих фахівців і громадський актив.

6. НКОЗ має відповідний штат з фізкультури, який визначається постановою колегії НКОЗ.

7. Кошторис витрат на роботу НКОЗ з фізкультури заводиться до кошториса НКОЗ відповідним параграфом.

Положення

Про діяльність райздоровінспектур в галузі фізкультури.

Райздоровінспектура провадять свою роботу в галузі фізкультури аналогічно до завдань, покладених на окрздоровінспектури за винятком науково-дослідної роботи та підготовки й перепідготовки кадрів (див. бюлетень НКОЗ ч. 12-13 цього року).

Наркомздоров'я Канторовіч

Зав. сектору науки та санкультури Ліфшиць

Інспектор в справах фізкультури Рябов.

193. Про організацію курсів для підвищення кваліфікації молодшого лік. та сан. мед. персоналу.

До всіх міських і районових здоровінспектур

Розвиток наргосподарства, в зв'язку з успішним виконанням 5 річного пляну, успішне переведення колективізації на селі і розвиток нових форм побуту категорично вимагають поліпшення обслуговування широких трудящих мас міста і села взагалі і з боку лікувально-профілактичного зокрема.

Роля молодшого лікарського персоналу, цілком зрозуміло, має величезне значіння щодо якости обслуговування по всіх лікарсько-профілактичних уст·новах, а особливо по лікарнях. Кваліфікація молодшого лікарського персоналу, як відомо, не завжди буває на тій

височині, на якій вона повинна бути. Справа постійного підвищення кваліфікації молодшого лік. персоналу набуває величезного значіння, особливо в сучасний момент величезного трудового піднесення широких трудящих мас міста і села.

Отже, НКОЗУ ще минулого року звертався до округ з пропозицією звернути увагу на підвищення кваліфікації молодшого медичного персоналу та організувати для цієї мети короткотермінові курси.

З різних причин це завдання НКОЗУ не було на місцях виконано, а тому НКОЗУ тепер звертається з категоричною пропозицією негайно вжити заходів до переведення міроприємств по підвищенню кваліфікації молодшого лік. персоналу вашого району.

Для цього пропонується вам терміново:

1) організувати короткотермінові курси для підвищення кваліфікації молодшого лікарського та санітарного медперсоналу, згідно з положенням, що його до цього додається.

2) Курси провадяться за твердим навчальним пляном, що його затверджено НКОЗУ і також до цього додається.

3) Передбачити в кошторисах лікарень суми на утримання цих курсів.

4) Обов'язково передбачити в кошторисах лікарень та району 15% надвипку до зарплатні молодш. лік. персоналу, що успішно закінчить курси.

5) Спільно з профорганізацією організувати навколо цих курсів громадську думку та широко популяризувати ідею цих курсів.

6) Притягти до організації та навчальної роботи на курсах найкращу частину так з боку кваліфікації, як і громадської активности лікарського персоналу вашого району.

НКОЗУ звертає вашу увагу, що ці міроприємства мають величезне значіння для поліпшення роботи лік. та проф. установ, а також, що ця ідея минулого року була до певної міри невиконана і тому тепер її успішне переведення в життя вимагає з вашого боку певних зусиль і перемоги недовір'я, що ви зустрінете з боку робітників установ.

Звертаємо вашу увагу також на те, що положення про ці курси погоджено так з профспілковими організаціями, як і з органами праці (див. положення) і тому ніяких перешкод до найскорішого переведення цього міроприємства в життя немає.

По одержанні цього вам належить негайно сповістити НКОЗУ про вжиті щодо виконання цього заходи та про мережу і контингенти цих курсів по вашому району.

Наркомздоров'я *Канторович*

Кер. Сектору кадрів *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ ч. 515-16 з 12 вересня 1930 р.).

Погоджено Наркомпраці (Пискарев).

Положення „Про курси для підвищення кваліфікації молодшого лікарняного санітарного медперсоналу

1. Молодший персонал лікувально-санітарних установ, виконуючи технічні (допоміжні) функції навколо обслуговування лікувально-санітарних закладів, мусить мати спеціяльний комплекс мінімуму санітарно-гігієнічних знань, потрібного йому для свідомого виконання своїх обов'язків.

2. Щоб підвищити кваліфікацію молодшого лікарняного сан. медперсоналу, при всіх великих лікувально-санітарних установах організується спеціяльні курси опорівського типу. Персонал менших лік.-сан. установ об'єднується за спеціяльно виробленим пляном ОЗІ й організується в міжлікарні групи.

3. Навчання молодшого медперсоналу на зазначених курсах є обов'язковим неодмінною умовою дальшого перебування кожного з них на роботі.

4. Щоб пляново перепустити ввесь наявний кадр молодшого лік.-сан. персоналу через курси РЗІ або МЗІ залежно від місцевих обставин міста чи району, опрацьовують і встановлюють для кожного з них порядок і плян, як організувати ці курси.

5. На курси зараховується лише письменний персонал з обсягом знань по закінченні 1-ї групи лікнепу. Неписьменний персонал дістає відстрочення, зобов'язуючись пройти школу лікнепу, а тоді він мусить пройти зазначені курси.

6. Головлікар, погодивши з МК даної лікарні (а для міжлікарних міськздоров. чи райздоровінспектором) призначає одного з лікарів даної лік.-сан. установи на завідувача курсів, розвантаживши його трохи від своїх безпосередніх службових обов'язків. Прізвище завідувача сповіщається РЗІ.

7. Завідувач курсів цілком відповідає за правильність і нормальність занять на курсах відповідно до положення, навчального пляну та програм курсів.

8. Курси передбачено на 150 навч. годин. Довгість навчання на курсах можливо змінювати, залежно від місцевих обставин і остаточно встановлюється РЗІ на подання голов. лікаря даної лік. сан. установи.

9. Кількість учнів в одній групі не мусить бути понад 30 чол.

10. Тих, що скінчили курси, вважають за кваліфікованих санітарів про що вони одержують відповідні свідоцтва за особливою, встановленою від НКОЗУ, формою.

11. Ті, що скінчили курси, маючи встановлене свідоцтво, можуть з переважним правом обіймати вільну вакансію молодшого персоналу в лік.-сан. установах.

12. Молодший персонал, закінчивши курс підвищення кваліфікації, одержує збільшену на 15% ставку своєї зарплати.

13. успішне закінчення курсів дає переважне право, за відповідного соц. становища й стажу та наявности відповідної загально-освітньої бази, вступити до середньої мед. школи

14. Курси повинні субсидуватися коштами лікарні та культвідділу місцевкому.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч* Голова ВУК'у Медсантруд *Затон*

Тов Зав. сект. кадрів НКОЗУ *Хармандар'ян* Зав. сект. кадрів ВУК'у *Плавська*

Навчальний плян курсів для підвищення кваліфікації молодшого лік.-сан. медперсоналу

1. Політ. і проф. грамота	18 г
2. Основи біології та загальне поняття про будову й життя людського организму	24 „
3. Основи загальної гігієни та санітарії (професійної, лікарняної та загальної)	12 „
4. Загальне поняття про асептику та антисептику	6 „
5. Основи техніки дезінфекції та дезінсекції	6 „
6. Загальне поняття про хороби та їхній перебіг	10 „
7. Загальне поняття про заразні хвороби та шляхи їхнього поширювання	14 „
8. Основні способи подавати першу допомогу	10 „
9. Поняття про догляд хворих (з практичними заняттями)	30 „
10. Радянська медицина, організація охорони здоров'я та лікарняне діло	20 „
Разом	150 год.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів.

1. Шефство ще не набрало конкретного змісту

Колегія НКЗ констатувала, що справа шефства в медустановах ще не набула потрібних конкретних форм і певного маштабу.

А тому тов. Канторовіч звернувся до керівних місцевих органів охорони здоров'я з листом *), що в ньому пропонує приділити пильну увагу шефству. Нарком зазначає в цьому листі, що інститутам та установам охорони здоров'я є чимало чого зробити в галузі шефства, зокрема щодо безпосередньої медичної та консультаційної допомоги, особливо в сільських місцевостях, де ми не маємо достатньої лікмережі.

2. Обов'язкове щеплення проти дифтерії

Наркомздоров'я опрацював проєкт закону про обов'язкове щеплення проти дифтерії.

За цим проєктом обов'язковій активній імунізації проти дифтерії підлягають діти віком од 6 міс. до 14 років. Імунізація має охопити всіх дітей що є та що знову вступають до дитячих ясел постійних і сезонових та до дітей, що є та що вступають до будинків немовлят.

Так само щеплення поширюватиметься на дітей, що відвідують дитячі садки, консультації та майданчики. Передбачено охопити обов'язковим щепленням проти дифтерії дітей, що є в закритих дитустановах, у комунах, що мешкають у гуртожитках тощо.

3. Інтернатура наступного року

Колегія НКОЗ затвердила плян запровадження інтернатури на наступний рік. Загальна кількість інтернів становитиме наступного року 307 чоловіка, що з них 104 нових

*) Лист надруковано тут на стор. 278.

Ця кількість розподіляється так: на Харків — 50 чоловіка, Київ — 20, Одесу — 27, Дніпропетровське — 7 чол.

За фахами розподіл нових інтернів буде такий с бактеріології — 5, епідеміології — 5 харчової санітарії — 10, промислової санітарії — 5, житлової санітарії — 8, маляріології — 3 саносвіти — 5, ОЗД — 5, охматдиту — 7, туберкульози — 5, венерології — 2, психіятрії — 3, психоневрології — 4, хірургії — 5, ортопедії — 4, рентгенології — 4, отолярингології — 2, офталмології — 4, акушерства та гінекології — 2, терапії 2, одонтології — 2, фізіотерапії — 4, фізкультури — 5, патологічної анатомії — 1, судмедицини — 2.

4 Мединститут в м. Сталіні

Наркомздоров'я відкрив цього року медичний інститут (це вже п'ятий на Україні) в м. Сталіні. Підготовна робота проходить нормально. Континґент студентів першого прийому цього року — переважна більшість робітники Донбасу. Через брак приміщень у Сталіні для великої кількости студентів. Прийом цього року буде одноразовий — в грудні місяці.

Інститут матиме 4 медробфаки; 2—при самому інституті (денний й вечірній), а 2—буде прикріплено до інституту. Вже протягом цього року буде закінчено будування морфологічного корпусу та будинку для педагогічного персоналу. Сектору кадрів НКОЗУ запропоновано забезпечити новий мединститут потрібним педперсоналом — професурою та асистентурою.

5. Інститут здоровоохорони в Харкові

У Харкові відкрито інститут охорони здоров'я, що має своїм завданням науково розробляти питання організації охорони здоров'я та об'єднати роботу в цій галузі інших науково-дослідних інститутів.

До збудування власного будинку (останній коштуватиме близько 4 мільйони карбованців) інститут користуватиметься з приміщень 3-ї поліклініки, інституту паталогії та гігієни праці, рентгенінституту тощо.

На тимчасового директора інституту настановлено лікаря Я. І. Ліфшіца.

6. 4-й Інститут удосконалення лікарів.

У жовтні починає свою роботу інститут удосконалення лікарів в Дніпропетровському (це буде четвертий такий інститут).

7. Про стан і перспективи саносвітроботи в м. Харкові

(*Резолюція саносвітбюра НКОЗУ на доповідь інсп. саносу секції ОЗ Харківської Міськради тов. Людмирського*).

Саносвіт бюро НКОЗУ вважає переведену роботу за задовольняючу й напрямок роботи за правильний.

Бюро відзначає:

а) Значне пожвавлення саносвітроботи в місті Харкові за останній час до позитивного боку.

б) Правильний напрямок особливо щодо переключення всієї саносвітроботи відповідно до темпів сучасного періоду, утворення певної мережі, саносвіт установ (центральна та районові гігієнічні консультації, науково-методичний кабінет, культурні чайні і театр санкультури).

в) Значне збільшення бюджету, постачання саносвіт — матеріяли курсової роботи, випуска багато — тиражних газет на підприємствах.

г) Розгортання масової роботи в будинках саносвіти.

д) Тісний зв'язок з партійними, комсомольськими, робітничими, професійними та кооперативними організаціями.

е) Відповідна увага до методики саносвіт роботи організацією Науково-Методичного кабінету при секції з власним кошторисом.

Поруч вищезазначених досягнень Саносвіт Бюро НКОЗУ вважає за потрібне надалі:

1. Реорганізувати всю роботу Саносвіти м. Харкова на підставі постанов IV Всеукраїнської наради в справах саносвіті.

2. Негайно реорганізувати музей БСК ч. 1 в Червонозаводському районі з місцевих матеріялів, ураховуючи індустріяльний характер району.

3. Поширити приміщення Райбудинку Санкультури № 2, звільнивши приміщення що його наймає станція швидкої допомоги. В разі поширення приміщення РБСК, шляхом виводу станції швидкої допомоги, НКОЗ відпустить дотацію на переустаткування цього приміщення.

4. Реорганізувати роботу Будинків Санітарної Культури принципом введення саносвітінструкторів по підприємствах.

5. Пожвавити роботу секції санітарної освіти КОПІП'ів, поширивши їхній склад, щоб вони з'являлися робітничою Радою районних будинків санкультури (органи робітничого контролю).

6. Ураховуючи кволу роботу центральної гігієничної консультації, замінити керівництво нею на нове та переглянути склад консультантів й надалі звернути особливу увагу на роботу ЦГК. Пожвавити роботу Ради консультації, поповнивши її робітничим активом, устаткувати належним чином всі кабінети й найширше популярізувати роботу консультації,

7. З нового бюджетового року надати Центральн. Гігієнічн. Консультації окреме приміщення в робітничому районі.

8. Констатуючи своєчасне розгортання масової роботи саносвіти на Тракторобуді затвердити плян роботи на літній період. Вважати за правильне посилення Тракторобуду ще одним робітником.

9. Звернути увагу ВУК'у будівельників на те, що Секція Охорони Здоров'я Міськради виділила на саносвітроботу на Тракторобуді на цей рік 5.000 карб., й таку ж саму коштів повинен виділити ВУК будівельників, Саносвіта НКОЗУ теж має виділити на саносвітроботу на Тракторобуді певні кошти.

10. Звернути увагу ВУКУ Медсанпраці, що шефство, яке взяв ВУК над Тракторобудом, не здійснюється. Лікарі міста не виконують взятих на себе обов'язків, щодо переведення саносвіт роботи на Тракторобуді.

11. Розробити детально список штатів всіх установ на 1930-31 рік й негайно передати НКОЗУ відомості про нехватки кадрів з вказівками, як ці кадри гадається поповнити.

12. Ввести інститут позаштатних інструкторів саносвіти з робітників підприємств, виконуючи з них майбутніх інструкторів — організаторів по Саносвіти.

13 Проробити питання які саме посади можуть бути в Саносвіті М. Харкова оробочені й заміщені висуванцями робітниками.

14. В зв'язку з недостатньою участю середнього персоналу в саносвітроботі доручити саносвітроботі м. Харкова згідно з постановою Колегії НКОЗУ при одній з профшкіл утворити відділ саносвіти.

15. Охопити методичним впливом репертуар театру санкультури, для чого пропускати ввесь репертуар через НМК НКОЗУ.

16. Ввести до складу Науково-Методичного комітету НКОЗУ представника НМК секції охорони здоров'я міськради.

17. Звернути увагу й надалі змінити тематику саносвітроботи, щоб вона дійсно відповідала вимогам сучасности.

18 Передати негайно видавництву „Наукова Думка" тези що розроблені НМК м. Харкова по питаннях „раціоналізація народнього харчування, фізкультура й таке інше" для друку й поширення по Україні.

19. Охопити своїм керівництвом, саносвітроботу, яка переводиться по установах Охмаддиту, ОЗД, та ОЗДП, зокрема ліквідувати саносвітсекцію методкому ОЗД, зливши її з НМК саносвіти секції охорони здоров'я

20 Перевірити правильність використовування профілактичних годин лікарнями.

21. Організувати секцію саносвіти при Харківському Науково-Медичному товаристві.

22. Саносвіті разом з антиалкогольним Т-ом погодити з культвідділами ХЦРК й профспілок питання про збільшення мережи культурних чайних.

23. Розгорнути роботу серед сезонників міста, звязавшись з культвідділом спілки будівельників, яка повинна відпустити на цю роботу відповідні кошти.

24. Проробити питання про утворення навколо Харкова зеленого міста за досвідом Москви та винести це питання на широке обговорення робітничих кіл.

25. Негайно приступити до організації областного інституту санітарної та фізичної культури в приміщенні VI поліклініки на базі зразкових саносвітустанов м. Харкова й вжити заходів до відкриття цього інституту в 1930-31 році.

(Резолюцію затвердив Нарком охорони здоровя тов. Канторовіч)

Про стан саносвітроботи на Луганщині.

(*Резолюція сектору науки й санкультури Наркомздоров'я з 17 серпня 1930 р. на доповідь інспектора саносвіти Луганської округи тов. Ковалевського та райінспекторів т. т. Луцького та Булошнік*).

Сектор науки і санкультури НКОЗУ вважає переведену роботу за задовольняючу і напрямок роботи за правильний.

Одноразово з цим визначається: 1) значне поглиблення і поширення саносвітроботи, як в місті, так і по районах . 2) Правильний напрямок, особливо у відношенні разгортання мережи райбудинків і саносвітбаз в промислових центрах, постачання периферії саносвітматеріялами, курсової роботи (різні курси при Луганському будинкові, курси се-

стер запасу, першої допомоги при райбудинках, курси Опора при лікарнях тощо), обслуговування місцевостей, де не має саносвітбаз, саносвіт-пересувками (кіно, ліхтар, виставка), масовий характер цього обслуговування (40000 відвідувачів), протиепидемічна робота, використування преси (листівки на різні теми), розгортання масової роботи в самому будинку санкультури (45000 відвідувачів за півроку замісць 12000 за ввесь минулий рік), загальне користування населенням бібліотекой БСК, робота по аптеках тощо 3) Тісний зв'язок з професійними, партійними та кооперативними організаціями.

4) Постачання периферії методичними матеріялами розробки Луганського БСК.

5) Значна робота Донецького театру саносвіти, охоплення сан-виставами гірних районів Луганської округи.

6) Належна увага до підбору і інструктування робітників.

Одночасно з вищезазначеними досягненнями сектор науки і санкультури НКОЗУ вважає за потрібне відмітити у роботі Луганської саносвіти і такі хиби:

1) недостатній штат робітників в будинкові санкультури для ширшого охоплення периферії.

2) Відсутність роботи здоровосередків в районах та недостатня їх робота в м. Луганському.

3) Квола антиалькогольна робота та відсутність культчайних в м. Луганському та на окрузі.

4) Недостатнє притягнення маси лікарів до саносвітроботи.

5) Відсутність роботи популяризації набору до медвиш'ів.

Надалі сектор Науки та Санкультури вважає за потрібне:

1) надати Луганському будинкові санкультури, в зв'язку з ліквідацією округи значіння міжрайонного будинкові санкультури з методичним керівництвом всіх районів і оперативним обслуговуванням районів сільських.

2) Для цього вважати за доцільне забезпечити Луганський БСК асигнуваннями з фонду лік. допомоги в розмірі, що встановлюється для всіх промислових районів Луганщини і дотацією саносвіти НКОЗУ на науково-дослідчу роботу, а саме 15000 крб. В утриманні Луганського БСК повинен взяти певну участь міськбюджет.

3) Довести штат Луганського БСК до норм, що передбачено саносвітою НКОЗУ для будинків літ. „А". Для районів Алчевського, Кадієвського, Ровенецького і Червоно-Промінського передбачити штати літера „Б".

4) Забезпечити промислові райони Луганщини: м. Луганське, Кадієвський, Алчевський, Червоно-Промінський, Сорокинський і Ровенецький райони належними асигнуваннями по фонду лікдопомоги. Вважаючи на те, що 1929-30 року по Луганській окрузі на сан-освіту витрачено було фактично 2,25 % необхідно для розгортання роботи нових установ на терені Луганщини, що зараз почали існування, відрахувати на витрати по сан-освіті по цих промислових районах 3,5% фонда Лік-допомоги.

5) По всіх сільських районах утворити рай-сан-освітбази за номенклятурою НКОЗУ щоб вони мали спеціяльних завідувачів висуванців.

6) Притягти до участи в сан-освіт роботі кошти клюбу, кооперації то що.

7) Ввести клюбно-санітарних лікарів по клюбах копалень і міст.

8) Оформити зарплатню робітників сан-освіти і користування декретним відпуском в розмірі, що зараз на терені Луганщини отримують, тоб-то нарівні з сан-лікарями.

9) В зв'язку з тим, що в майбутньому році Луганський театр сан-освіти обслуговуватиме не тільки Луганське, але 4 місяці на рік й Донецькі райони і 2 місяці на рік інші райони України, довести дотацію НКОЗУ Луганському театру саносвіти на 1930-31 рік до 25000 карб. Змінити систему керівництва театром за передачею функцій дирекції адміністрації Луганського БСК та залишити при театрі лікаря, як консультанта і сан-освіт робітника виключно. Безпосередню адм-госп-роботу театру повинен переводитись спеціяльний адміністратор.

10) Вважати за необхідне розширити приміщення Луганського БСК, щоб було посилено місцевими матеріялами відділ гігієни праці та техніки безпеки і відкриті нові відділи музею: антирелігійного, військово-санітарного, соціяльно-гігієнічного вступу до музея.

11) Реорганізувати роботу будинків санкультури, згідно з останніми вирішеннями 4-ої Всеукраїнської саносвітньої наради.

12) Зорганізувати здоровосередки в районах, а в місті пожвавити їхню роботу.

13) Приступити до вивчення ефективности саносвітроботи.

14) Ввести обов'язково викладання гігієни в другому концентрі семирічок і в профшколах та соціяльної гігієни в педВИШ'і.

15) Ввести інститут позаштатних інструкторів саносвіти робітників, виховуючи з них майбутніх робітників саносвіти.

16) Поширити науково-дослідчу роботу, ув'язавши її з соціяльно гігієнічним відділом Донецького Інституту Патології Праці з тим, щоб в цьому 1930-31 році переводити її, керуючись положенням про Інститут Санкультури, маючи в перспективі на підставі досвіду відкриття обласного інституту санкультури в м. Луганському.

Популяризувати серед робітничих мас ідею будівництва соціялістичних міст в Донбасі. Санэсвітам, як міста Луганського, так і районів, взяти на себе керівництво самодіяльністю населення в галузі охорони здоров'я, зорганізувати секції саносвіти при КОПШ'ах, утворюючи з них робітничий актів БСК.

Разом з культвідділами робкоопів розпочати утворення культчайних за рахунок робкопів та з методичним керівництвом санкультури.

Посилити обслуговування підприємств з наданням цій роботі систематичного характеру.

Негайно розгорнути з закінченням до жовтня місяця популяризацію постанови ЦК ВКП. Перевести вербування на заочні курси саносвіти і популяризувати вступ робітників до медВИШ'ів і медтехнікумів.

9. Про заходи щодо збільшення пільг медробітникам*).

До всіх медробітників периферії

Останнім часом в зв'язку з ліквідацією округ де-які медробітники села та промрайонів так лікарі, як і середній медичний персонал прагнуть залишити свою роботу на периферії та перевестись на роботу до великих міст.

Це прагнення перейти до міста мотивується тим, що ниби то в зв'язку з ліквідацією округ медперсонал позбавляється можливости в майбутньому перейти на роботу в місто, навіть при наявності значного периферійного стажу.

Низка лікарів цікавиться, наскільки в майбутньому будуть виконуваться ті зобов'язання, які їх надали в свій час окрздоровінспектури, що до наукових командировок. Одночасно серед деяких медробітників розповсюджуються чутки, що в зв'язку з ліквідацією округ медробітники будуть взагалі позбавлені тих пільг, що в свій час були їм надані, щодо перекваліфікації та підвищення кваліфікації.

Отже НКОЗ доводить до відому всіх медробітників периферії, що всі ці настрої та чутки не мають ніяких підстав.

Зараз Наркомздоров'я збирає зі всіх округ відомості про ті обов'язання, які були надані тим чи іншим лікарям з боку окрздоровінспектур і будуть вжити всі заходи, що до певної реалізації цих обов'язань.

Колегія Наркомздоров'я дала директиву сектору кадрів про те, щоб різко збільшити пільги для периферійних лікарів та медперсоналу села і промрайонів, що до можливости одержати перекваліфікацію, інтернатуру, аспірантуру, ординатуру і наукові командировки.

Плян перекваліфікації вже цього року передбачає значні пільги, що до поширення обсягу периферійних робітників.

Інтернатуру буде надаватися переважно лікарям периферії, що мають не менш 3 років периферійного стажу роботи; аспірантура буде поповнюватися переважно з кількости практичних робітників периферії.

Раднарком цими днями ухвалив закон про значне поширення пільг для периферійних медробітників, в розумінні збільшення зарплатні, одержання наукових командировок, фактичного забезпечення кватирою та компослугами, харчами та забезпечення пенсією, пільг, що до навчання дітей медробітників тощо. Закон цей буде оголошений найближчим часом.

Повідомлюючи про це до відома периферійних робітників, НКОЗ закликає всіх до зміцнення своєї роботи, що до обслуговування соцсектора села, промрайонів та допомогти Радвладі перевести велику реформу, що до ліквідації округ, яка має на меті як найбільше поліпшити обслуговування працюючих мас міста та села.

Наркомздоров'я *Канторович*

Заст. керівника сектору кадрів *Кушнір*

(Лист НКОЗ ч. 14 — 510 з 1 вересня 1930 р.).

*) Надіслано 1 вересня 1930 р.

10. ПРО ПОЛІПШЕННЯ МАТЕРІЯЛЬНО-ПОБУТОВИХ УМОВ МЕДРОБІТНИКІВ*)

(постанова Секретаріяту ВУРПС з 31 липня 1930 р. на доповіді т. Дроба — від ВУРПС та Наркомздоров'я т. Канторовіча).

Протокол наради по цьому питанню затвердити в такій редакції: Констатуючи, що постанова Раднаркому УСРР з 26 квітня 1929 р. (прот. № 20, п. 3) про забезпечення медперсоналу, що працює в сільських місцевостях і робітничих селищах безплатними квартирами з опаленням та освітленням і про забезпечення всієї участкової медмережі транспортними засобами, не виконується, — просити НК РСІ, разом з ВУК'ом Медсанпраці перевірити фактичне виконання вищезазначеної постанови РНК і протягом до відповідальности винних у зламанні її; зобов'язати ВУК Медсанпраці не пізніше 15 вересня ц. р. доповісти ВУРПС про наслідки перевірки.

Вважати за потрібне:

1. Встановити для медробітників УСРР періодичні надбавки розміром не менш за встановлені в РСФСР.

2. Наркомздоров'я й ВУК'у Медсантруд опрацювати й внести до РНК законопроєкт про надбавки за вислугу років та про пенсійне забезпечення медробітників;

3. Намагатись значного зростання в 1930-31 р. зарплатні медробітникам;

Зауваження ВУК'а Медсанпраці і Наркомздоров'я врахувати при обговоренні питання про зарплатню на Президії ВУРПС;

4. Дорівняти лікарів, які працюють у сільських місцевостях та в промрайонах щодо постачання до робітників (категорія „А"). Наркомздоров'я ВУК'у МСПраці піднести це питання перед Наркомторгом.

ВУК'ові МСПраці, Наркомздоров'я та секторові кадрів ВУРПС опрацювати питання про висування, просування і підвищення кваліфікації медробітників (організація курсів, конференцій, радіофікація участків, бібліотеки, забезпечення літературою, наукові відрядження тощо).

Підтримати законопроєкта, що його внесено Наркомздоров'я, про поширення на Україні всіх пільг, прийнятих РСФРР для медробітник.

Голова *Корнієвський*

IV. Різні об'яви та оголошення.

1. Про журнал охматдиту та ОЗДП

До всіх райздоровінспектур, до всіх установ охматдиту та ОЗДП

Уже декілька місяців Наркомздоров'я видає „Журнал Охматдиту та ОЗДП," що має на безпосередній меті висвітлювати питання організаційної практичної та науково-дослідної роботи охматдиту, ОЗДП та суміжних галузів.

На великий жаль, не зважаючи на надзвичайну важливість питань, що їх зачіплює та висвітлює згаданий журнал, кількість його передплатників ще далеко не дійшла належної суми. Це відбивається, звичайно, на фінансовому стані журналу, збільшує його собівартість і, нарешті, створює загрозу самому існуванню журналу, не говорячи вже про те, що переважна більшість робітників ОХМД та ОЗДП може надалі позбавитися можливости користувати з важливих матеріялів, що їх подає й має подати наш журнал.

Треба особливо підкреслити, що журнал в умовах розгортання мережі ОХМД та ОЗДП де далі набуває все більшого значення, як провідний в питаннях методології праці, виховування нових кадрів тощо.

[1]) Справу цю передано на розгляд і вирішення вищих законодавчих органів.

Зміст перших ч. ч. журналу, що вже вийшли, (ми подаємо дещо нижче), доводить що журнал спромігся охопити найпекучіші питання роботи в галузі ОХМД та ОЗДП відбиває досвід місцевих установ, наукових інститутів тощо.

Журнал досить своєчасно реагує на питання сучасного політичного та економічного життя. Оце все диктує безперечну потребу для всіх установ Охматдиту та ОЗДП бути близько знайомими із журналом, який вартий найширшого розповсюдження. Важливим є ще те, що журнал прагне досить успішно пов'язувати досвід, досягнення й роботу науково-дослідних і науково-практичних установ зо всією мережею установ ОХМД та ОЗДП.

Як покажчик напрямку журнала „Охматдит та ОЗДП" подаємо тут коротенький перелік найголовніших статей, що їх вміщено в журналі протягом останніх місяців:

Соціяльна гігієна і патолоґія.

1. С. І. Канторовіч — „Реконструктивний період і завдання охматдиту".
2. Проф. С. А. Томілін — „Деякі дані про дитячу смертність на Україні".
3. Л-р. Р. Кольнер — „Ефективність ясельної кампанії 1929 року".
4. Д-р Екель — „Про реконструкцію основного шкільно-житлового фонду":

Клінічний відділ.

5. Проф. Кисель — „Про кепський апетит дітей, що хворіли на туберкульозну інтоксикацію".
6. Проф. М. Ф. Руднев — „Дитяча медицина в Німеччині та Франції".
7. Проф. Лунц — „Роля літньої спеки в етіолоґії дитячих проносів".

Суспільство й будівництво Охматдиту.

8. Ровна (Київ) — „Про виїзд наукової установи на підприємства."
9. Полінський — „Про дитячу іграшку".
10. І. С. Нейман — „Чергові завдання соціяльно-правової охорони материнства і дитинства.

Крім цього, в журналі вміщено та вміщується багато статів з саносвіти, педолоґії педагогіки, практичних порад, чимало дописів, рефератів, рецензії тощо.

Отже, Охматдит НКОЗУ пропонує вжити всіх потрібних заходів на збільшення тиражу журнала, прагнучи охопити ним всі установи охматдиту. Треба обов'язково слідкувати за тим, як здійснюється цю пропозицію. Ціна журналу — 3 крб. на рік.

Передплатні гроші треба надсилати до видавництва „Наукова Думка" — вул. Вільної Академії 6-8.

Заст. Наркома Охорони Здоров'я *Кустелян*

Кер. Групи ОХМД та ОЗДП *Генкін*

(Лист НКОЗ з 12 вересня 1930 р.).

Про тих, що свавільно кинули роботу

1. Пропонується всім райздоровінспекторам та М. С. У. повідомити Наркомздоров'я про місце перебування лікара Головної Олександри Васильовни, яка свавільно залишила роботу в Микитівській амбуляторії на Артемівщині.

2. Пропонується райздоровінспектурам та М. С. У. повідомити НКОЗ про місце перебування зублікаря Зайденберг-Волькіс, яка свавільно залишила роботу в Петрівській лікарні на Криворіжжі.

3. Пропонується райздоровінспектурам та МСУ повідомити НКОЗУ про місце перебування лікаря Цорн А. А., яка свавільно залішила роботу ВА-Дебальцево (МСУ Південних залізниць).

4. Пропонується райздоровінспектурам та МСУ повідомити НКОЗУ про місце перебування фармацевта Гаврилової, яка після закінчення стажу в аптеці Основ'янської залізничної поліклініки відмовилася від дальшого призначення МСУ та зникала невідомо куди.

5. Пропонується райздоровінспектурам та МСУ повідомити Наркомздоров'я про місце перебування фармацевтів Хазановіч В. С. та Самбурської Б. Є., які свавільно залишили роботу в Кременчуцькій окрузі; перша — в 23, а друга — в 1 радаптеці.

6. Пропонується райздоровінспектурам та МСУ повідомити НКОЗУ про місце перебування лікаря Скрипалевої, яка свавільно залишила роботу в лябораторії Куп'янського району.

7. Наркомздоров'я пропонує РЗІ, МСУ та всім органам та установам охорони здоров'я повідомити на адресу НКОЗ (Харків Будинок Держпромисловости) про місце перебування таких осіб, що без відому й дозволу залишили свою роботу:

а) Зублікаря Покніс — з Куп'янської залізничної поліклініки (отримав підйомні).

б) Лікаря Корчмарського — зав. Георгіївської малярійної станції Мелітопільської округи.

в) Лікарів Гуревіч Б. Л. і Ледер Д. Л. — залишили посади в запорізькій окрузі (скінчили Дніпропетровський мединститут 1929 р.)

Увага: Відомості подавати до НКОЗ, сектор кадрів.

Привітання Наркомздоров'ю

I. Крайова нарада лікарів венерологів інституту імени Главче та периферії, зібравшись сьогодні, 22 травня, в палаці морців разом з робітниками водного транспорту та робітниками великих фабрично-заводських підприємств м. Одеси, палко вітає Наркомздоров'я.

Нарада висловлює запевненість у тому, що п'ятирічка індустріялізації та колективізації народнього господарства поліпшить умови праці та побуту, підводячи нову економічну базу, перетворити до життя культурну революцію й утворить обстанову щодо ліквідації соціяльних хвороб.

Ми, робітники здоровоохорони разом з Наркомздоров'я під керівництвом комуністичної партії будемо активними участниками цієї культурної революції.

(*лист з 22 травня 1930 року*) **Президія Наради**

II. Окрнарада медробітників Бердичівщини шле керівнику соціялістичної охорони здоров'я на Україні палке привітання.

Даємо обіцянку, що всі величезні завдання, що стоять перед охороною здоров'я в реконструктивну добу цілком виконаємо.

Медробітники Бердичівщини ввесь час брали активну участь в соціялістичному будівництві нашої країни. Обіцяємо, що надалі вкупі зі всім пролетаріятом, під керівництвом славної Ленінської партії, прикладемо всіх зусиль, щоб виконати плян великих робіт, сприяти переможному ходові соціялістичного будівництва в нашій країні, переведенню в життя директив ЦК ВКП(б).

Вся робота нашої наради проходить під знаком жорстокої самокритики підчас обговорення питання, якнайкраще обслужити широкі кола працюючих мас, як перевести в найкоротший термін директиви ЦК ВКП(б) та директиви Наркомздоров'я про обслуговування промислового пролетаріяту та соцсектора села.

Хай живе Ленінський ЦК ВКП(б) —славетній проводир працюючих мас.

Хай живе керівник соціялістичної охорони здоров'я—Наркомздоров'я.

(*Лист з 10 червня 1930 року*)

III. Нарада райздоровінспекторів Винничини на порозі роботи в нових умовах у зв'язку з переходом на районову систему вітає вас та обіцяє дружньо всім колективом медробітників по більшовицькому виконати великі завдання перебудови побуту та оздоровлення країни за директивами партії та уряду.

(Телеграма з 9 серпня 1930 р.). **Президія**

Конкурси.

1. Криворізький РВК оголошує конкурс на посаду лікаря—хірурга центральної роблікарні ім. Крупської в залізорудному районі.

Умови: Платня 250 крб. і вище (залежно від фаху та стажу), кватиря й комунальні послуги. Підйомні — розміром місячної зарплатні.

Вимоги: Крім загальної клінічної підготовки, потрібно знайомство з травматологією.

Документи (життєпис, про стаж, кваліфікацію тощо) подавати до Райвиконкому Кривий Ріг.

2. Український Державний Інститут Охорони Здоров'я Дітей та Підлітків у Києві, оголошує конкурс на вільні посади наукових робітників Інституту.

Заяви належить подавати на ім'я директора Інституту на адресу: Київ, Бульвар Шевченка, 8. При заявах належить подавати автобіографію з відповідними документами, рекомендації наукових, професійних та громадських організацій, а також наукові праці.

Посади	Платня	Умови та вимоги
1. Завідуватель Педолого-соматологічного відділу.	150	Основний фах лікар-педолог. Стаж наукової та педагогічної роботи не менш 3 років. Наукові праці з педолого-соматологічних досліджень. Знання одної з чужоземних мов. Зобов'язання вивчити укрмову протягом року.

Посади	Платня	Умови та вимоги
1 Завідуватель соціяльно-патологічного відділу.	150	Основний фах лікар-педіятр. Стаж науковий, клінічний та педагогічний з педіятрії не менш 10 років. Наукові праці за фахом. Знання одної з чужоземних мов та зобов'язання вивчити укрмову протягом року.
1 Завідуватель педолого-психоневрологічного відділу.	150	Основний фах лікар-психоневролог. Стаж клінічний з дитячої психоневрології, науковий та педагогічний не менш 10 років. Наукові праці за фахом. Знання одної з чужоземних мов та зобов'язання вивчити укрмову протягом року.
1 Завідуватель санітарно-педагогічного відділу	150	Основний фах педагог з спеціяльною підготовкою в науково-дослідчих установах педагогіки. Науковий та педагогічний стаж не менш, 8 років. Наукові праці з санітарної педагогіки. Знання одної з чужоземних мов та зобов'язання вивчити укрмову на протязі року.
1 Завідуватель санітарно-гігієнічного відділу.	150	Основний фах лікар-гігієніст. Стаж науковий та педагогічний за фахом не менш 8 років. Наукові праці з санітарногігієнічних досліджень. Знання одної з чужоземних мов та зобов'язання вивчити укрмову на протязі року.
1 молодший асистент педолого-соматологічного відділу	110	Основний фах лікар-ортопед. Практичний стаж 2 роки. Спеціяльна підготовка в наукових Інститутах НКОЗ. Знання одної з чужоземних мов та зобов'язання вивчити укрмову протягом року.
1 молодший асистент педолого - психоневрологічного відділу	110	Основний фах педагог-педалог з спеціяльною підготовкою в науково-дослідчих установах педагогіки й педології. Стаж практичної роботи 2 роки. Знання одної з чужоземних мов та зобов'язання вивчити укрмову протягом року.

3. Український Державний Туберкульозний Інститут в м. Харкові, оголошує конкорс на такі вільні посади наукових робітників Інституту:

Посада	Умови та вимоги	Платня
1. Завідуючий відділу Загальної Патології	Стаж загальної патології не менш за 6 років, наукові твори так з загальної патології, як і з пато-фізіології туберкульози. Знання чужоземних мов.	140
2. Асистент Терапевтичного відділу	Не менш за 3 роки загально-терапевтично-клінічного стажу та 2 роки фтізіятричного стажу. Знання чужоземних мов, науковий стаж й знання ляборат. методики.	115
3. 2 орд. Терапевтичного відділу	Не менш за 3 роки загально-терапевт. клінічного стажу. Знання чужоземн. мови. Бажано знання лябораторної методики та науковий стаж.	110
4. Лікар - обслідувач відд. Соц. Патології	Знайомство з клінікою туберкульози, достатньої для переведення самостійних обслідувань. Знайомство з диспансерною роботою, методикою соціяльно-гігієнічного обслідування і статист. розробками. Бажано знання чужоземної мови. Стаж організ. роботи. Увага: Обслідування провадиться так в місті, як і на периферії.	110

Термін подачі заяв до конкурсу закінчується 25 жовтня 1930 р. Заяви належить подавати на ім'я Директора Інституту на адресу: Харків, Чернишевська № 89.

До заяв належить подавати свою автобіографію з відповідними документами, рекомендації наукових, професійних та громадських організацій, а також наукові твори.

Укрполіграфоб'єднання Третя Друк. ім. Фрунзе Харків, Донець-Захарж., 6. Укрголовліт. 5-жб Зам. 1887. Прим. 3.500

IV. Інфекційні захворування по округах УСРР за червень 1930 р.

ОКРУГИ	Населення на 1-1-29 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthomaticus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Оповиця мізк.-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська		43	2	—	—	51	1434	1	750	295	629	30	3537	229	—	1	—		—	1	576	95	130	31	33	18	210	—	242	343
2. Бердичівська		70	5	31	—	26	39	—	1 000	556	283	104	2823	25	3	21	—	1	—	7	1 160	497	129	24	35	3	130	9	117	635
3. Білоцерківська		41	6	7	—	6	70	—	563	196	290	35	1293	9	2	12	—	—	—	6	615	169	80	2	10	8	48	1	80	196
4. Вінницька		72	4	10	—	9	109	—	1 431	475	437	105	1787	15	—	8	—	11	—	—	575	169	52	6	12	2	85	—	98	368
5. Волинська		58	4	5	—	1	46	—	265	723	322	51	1552	35	—	9	—	—	—	1	705	202	108	11	51	7	108	2	93	679
6. Гуманська		64	4	10	—	14	155	—	1 587	429	6 9	96	2273	29	6	19	—	28	3	5	821	218	196	6	37	5	133	4	136	282
7. Дніпропетровська		145	34	12	—	66	4421	—	1 840	691	476	121	8554	74	8	5	—	13	—	11	698	163	109	13	55	16	225	2	712	513
8. Запорізька		16	—	1	—	6	986	—	711	169	441	7	1272	5	—	3	—	3	—	—	325	26	49	5	18	7	91	2	134	131
8а. Дніпрельстан		3	1	1	—	6	240	—	41	9	20	—	1228	—	1	1	—	—	—	..	57	6	38	1	—	—	80	—	12	40
9. Зінов'ївська		18	2	2	—	—	919	—	969	271	213	39	983	4	2	5	—	3	—	7	530	135	155	2	3	3	115	—	2.7	308
10. Київська		67	10	20	1	2	757	—	646	361	920	130	2848	12	—	13	—	2	1	10	1 474	426	365	39	129	47	313	3	192	576
11. Конотіпська		18	—	18	1	7	610	1	603	260	344	63	2299	13	2	7	—	4	—	—	1 068	262	145	9	28	9	114	—	161	628
12. Кременчуцька		25	5	5	—	3	1296	—	1 005	114	177	40	637	12	1	5	—	—	—	2	230	36	74	13	13	4	64	1	74	198
13. Криворізька		30	2	—	—	7	1677	—	496	109	345	31	1720	17	—	3	—	2	—	3	315	51	69	14	30	2	119	—	128	279
14. Лубенська		12	1	15	—	1	968	1	818	175	472	44	2490	12	—	7	—	6	—	10	1 005	234	224	4	20	2	140	1	287	266
15. Луганська		35	15	5	3	21	1581	3	1 095	192	395	46	2673	302	—	5	—	—	—	5	404	53	202	20	53	7	240	—	119	491
16. Маріупільська		12	—	—	—	—	403	—	1 113	222	148	32	1158	31	—	—	—	1	—	1	430	142	89	14	25	13	94	—	257	337
17. Мелітопільська		72	8	5	—	27	1535	—	1 025	168	229	60	1282	32	2	6	—	9	—	6	419	60	68	7	2	1	143	—	380	481
18. Миколаївська		33	1	1	—	5	663	—	204	108	357	42	1158	8	2	2	—	4	—	2	266	130	89	4	7	22	82	1	167	217
19. Одеська		50	3	13	—	14	478	—	1 211	379	676	54	920	8	2	4	—	11	—	11	790	239	360	26	4	53	339	—	293	394
20. Полтавська		26	1	39	—	—	1739	—	1 930	217	153	47	2099	9	2	17	—	2	—	8	695	297	76	6	8	8	135	—	207	462
21. Проскурівська		29	2	8	2	2	38	—	415	391	100	74	794	10	2	10	—	4	1	4	43	162	69	1	30	1	64	—	29	211
22. Сталінська		25	2	4	—	1	878	2	1 090	230	394	26	2873	211	—	—	—	6	—	2	565	199	163	8	5	21	193	—	318	266
23. Сумська		34	1	9	—	7	321	—	696	374	309	36	1774	12	—	2	—	6	—	4	826	204	56	2	3	2	79	—	313	401
24. Харківська		119	10	16	—	13	1888	—	1 974	957	996	164	4757	61	—	20	—	11	2	7	1 575	400	339	62	97	24	374	1	853	2 009
25. Херсонська		28	4	3	—	19	1883	1	776	108	361	30	1299	21	—	5	—	12	—	7	745	216	104	10	28	7	132	1	200	315
26. Чернігівська		57	6	11	—	4	616	1	400	170	236	72	1730	9	—	13	—	6	1	1	900	331	120	3	31	2	33	2	157	425
27. Шевченківська		28	1	6	—	3	360	—	654	180	423	41	1029	10	—	9	—	6	—	4	511	167	145	1	11	—	95	2	220	325
28. АМСРР		23	1	10	—	13	387	—	1 507	171	599	26	1189	25	—	4	—	7	—	1	448	92	178	2	32	3	131	—	71	205
Разом		**1253**	**135**	**267**	**7**	**334**	**26500**	**10**	**26815**	**8760**	**11384**	**1646**	**60031**	**1240**	**38**	**216**	—	**158**	**8**	**126**	**19158**	**5381**	**3981**	**346**	**810**	**297**	**4114**	**32**	**6327**	**11981**
Залізниці: 1. Південні		3	—	1	1	—	587	—	366	95	76	23	1488	—	—	1	—	1	—	—	357	119	57	3	10	10	83	1	25	104
2. Донецькі		—	6	—	—	—	255	—	265	51	38	2	838	—	—	—	—	1	—	—	129	35	30	1	12	10	69	1	33	28
3. Південно-Західні		20	1	3	—	4	133	—	357	66	157	14	1942	1	—	—	—	—	—	—	234	98	126	17	14	18	113	—	10	114
4. Катеринівські		7	2	1	—	—	329	—	244	47	121	5	1747	—	—	—	—	—	—	—	59	9	24	2	11	3	79	—	36	89
Разом		31	9	5	1	4	1304	—	1232	259	392	44	6015	1	—	1	—	2	—	1	779	261	237	23	47	41	344	2	106	335
Всього по УСРР за червень 1930 р.		**1284**	**144**	**227**	**8**	**338**	**27804**	**10**	**28047**	**9019**	**11776**	**1690**	**66046**	**1241**	**38**	**217**	—	**160**	**8**	**127**	**19937**	**5642**	**4218**	**369**	**857**	**338**	**4458**	**34**	**6433**	**12316**
Всього по УСРР за травень 1930 р.		1439	162	506	7	356	25684	9	34691	9191	10 043	1929	78600	525	45	344	1	100	5	94	27660	9044	5680	418	877	357	5142	65	7419	14401
за червень 1929 р.		1078	124	201	12	301	27046	5	6865	3712	10 416	1203	45451	775	53	218	—	183	9	180	26124	8159	5099	388	1053	379	4554	29	7223	16095

IV-а. Інфекційні захворування по округових містах УСРР за червень 1930 року.

ОКРУГОВІ МІСТА	Населення на 1-І-29 р.	Тиф—Typhus					Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Хапливець Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg aic	Опониця мізк.-стр. поп. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Теліп Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis cetor. organ	Сифіліс—Syphilis			М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
		Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus																	Всього	В тому числі: Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс II св. Syphilis II rec.					
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське		—	—	—	—	3	67	—	56	33	33	3	333	—	—	—	—	—	—	—	67	7	27	4	6	3	37	—	14	8
2. Бердичів		2	—	4	—	—	5	—	2	39	2	3	150	—	—	1	—	—	—	—	74	158	12	3	1	3	22	—	12	4
3. Біла-Церква		1	—	3	–	—	2	—	62	21	13	1	21	—	—	1	—	—	—	—	19	12	7	—	—	2	11	—	1	10
4. Вінниця		10	3	2	—	—	15	—	157	8	70	3	160	1	—	—	—	—	—	—	71	13	17	2	1	—	24	—	2	7
5. Гумань		10	1	1	—	—	3	—	134	20	2	—	214	—	—	—	—	—	—	1	7	—	23	2	—	—	14	—	7	3
6. Дніпропетровське		74	18	7	—	27	1290	—	581	252	96	72	5986	10	—	1	—	4	—	3	188	22	20	—	—	13	73	—	78	17
7. Житомир		9	—	—	—	—	2	—	28	53	5	5	71	3	—	—	—	—	—	—	35	16	28	2	8	2	23	—	77	3
8. Запоріжжя		4	—	1	—	2	174	—	126	50	62	2	547	1	—	—	—	1	—	—	123	12	36	1	—	—	48	—	36	2
9. Зінов'ївське		2	—	1	—	—	22	—	71	42	28	4	167	—	—	1	—	—	—	1	129	25	25	—	—	2	42	—	8	26
10. Київ		49	5	13	1	—	257	—	380	171	125	73	1163	2	—	5	—	—	1	4	835	282	230	25	63	44	218	—	31	92
11. Конотіп		—	—	—	—	—	3	—	59	7	—	—	79	—	—	—	—	—	—	—	103	98	45	3	2	5	17	—	3	19
12. Кременчук		2	—	1	—	—	372	—	243	30	27	5	56	—	—	4	—	—	—	—	9	—	40	3	—	—	16	—	5	24
13. Кривий-Ріг		5	2	—	—	—	79	—	67	22	30	4	238	—	—	1	—	—	—	—	56	—	13	2	4	—	20	—	3	6
14. Лубні		—	—	—	—	—	108	—	27	1	6	—	57	—	—	—	—	—	—	—	14	3	19	—	2	—	14	—	4	1
15. Луганське		11	3	1	—	6	123	—	167	43	51	1	540	2	—	—	—	—	—	—	58	16	27	—	4	1	57	—	15	41
16. Маріуполь		2	—	—	—	—	61	—	314	32	47	2	239	12	—	—	—	—	—	—	137	53	28	6	8	8	26	—	21	1
17. Мелітопіль		13	—	—	—	1	27	—	111	10	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	21	12	11	2	2	—	48	—	15	17
18. Миколаїв		1	1	—	—	2	95	—	68	66	27	10	546	—	—	1	—	1	—	1	127	108	44	3	1	21	60	—	32	24
19. Одеса		24	2	10	—	—	117	—	367	152	63	20	116	—	2	2	—	-	—	5	490	196	334	26	4	53	306	—	3	86
20. Полтава		—	—	3	—	—	92	—	47	25	6	6	164	—	—	3	—	—	—	1	100	135	12	1	1	4	41	—	8	4
21. Прилука		1	—	—	—	—	—	—	19	15	7	2	46	1	—	1	—	—	—	—	13	12	4	—	—	1	18	—	—	4
22. Сталіне		9	—	1	—	—	108	—	161	40	26	7	231	124	—	—	—	—	—	—	82	28	45	4	—	6	60	—	78	33
23. Суми		5	—	—	—	—	23	—	17	22	6	3	248	—	—	—	—	—	—	—	226	48	7	1	2	—	35	—	6	1
24. Харків		43	4	—	—	—	127	—	359	315	78	92	448	8	—	6	—	—	—	2	377	108	123	14	21	13	154	—	45	95
25. Херсон		8	—	2	—	5	553	—	45	10	13	2	378	2	—	2	—	3	—	2	346	181	65	4	10	6	68	—	86	12
26. Черкаси		14	—	5	—	—	38	—	54	12	3	8	7	—	—	2	—	—	—	—	198	212	—	—	—	—	—	—	—	—
27. Чернігів		1	1	1	—	—	43	—	58	16	24	—	109	—	—	—	—	—	—	—	—	1	20	1	2	—	30	—	7	—
28. Тираспіль		3	—	—	—	—	25	—	289	19	40	—	70	—	—	—	—	—	—	—	24	—	25	—	—	—	26	—	2	5
Всього по окрмістах УСРР за червень 1930 р.		**303**	**40**	**56**	**1**	**46**	**3831**	—	**4069**	**1526**	**890**	**331**	**12385**	**166**	**2**	**31**	—	**9**	**1**	**20**	**3929**	**1758**	**1287**	**109**	**142**	**187**	**1508**	—	**529**	**545**
Всього по УСРР за травень 1930 р.		225	38	72	—	61	3849	1	6210	1575	783	378	19235	31	7	48	—	8	2	5	6026	3348	1693	120	134	220	2036	—	688	653
Всього по УСРР за червень 1929 р.		268	51	24	—	36	4425	—	1995	809	917	183	8795	58	15	44	—	12	2	15	6541	2673	1616	141	152	263	1960	—	748	732

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, Картковому репертуарі та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 17-19. | 20 жовтня 1930 року | № 17-19

Державна Центральна Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

ЗМІСТ

I. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1. **С. Канторовіч.**—Мобілізувати мед. організацію в Донбасі на ліквідацію вугільного прориву.
2. **Р. Кобрін.** — Колективізація сільського господарства—поряд колективізації побуту.
3. **Шахбазян Г. Х.** і **Заноздра С. Ф.** — Питання праці в колгоспах і завдання участкової мережі.
4. **Я. Малкін.** — КОПІПИ і організація самодіяльности трудящих.
5. **І. Мірер.** — Раціоналізацію на передові позиції роботи органів здоровохорони.
6. **І. Мірер.** — Винахідництво — на соціялістичні рейки.

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

Розпорядження Наркомздоров'я. Організаційна частина й кадри. 194. Про участь органів охорони здоров'я в забезпеченні програми 3 року п'ятилітки. 195. Про керування справою охорони здоров'я в районі. 196. Про перехід медперсон. з одної роботи на другу. 197. Про підбір госп. персоналу. 198. Про посилення інф. зв'язку районів із НКОЗ. 199. Про харчування персоналу лікустанов. 200—201. Про постач. лікарень. 202. Про реєстрацію абортів. 203. Про постачання стат. форм. 204. Про напрямлення лікарів на курси для підвищення кваліфікації (додано реєстр курсів, зразок облікової картки тощо). 205. Про утвор. наркодиспансерів та витверезувачів.

Лікпрофчастина й сан.-епід. 206. Про видання інструкцій щодо визнання тимчасової непрацездатности в членів колгоспів 207. Про ознайомлення лікарів лікпрофустанов із виробництвом. Охматдит: 208. Про оздоровну дитячу кампанію в зимку. 209. Про сандогляд уст. Соцвих'у. 210. Про місячник фонду матери-селянки.

Справи медсанбудівництва. 211. Про порядок підготовних робіт щодо медсанбудівництва на 1930-31 р. (додано інструкції: а) про опрацювання програм завдань для проектування медсанзакладів; б) про вибір дільниці під будівництво). 212. Про надіслання відомостей щодо стану будівництва сецсектора села.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ

1. Про стан очних захорувань у колгоспах на Херсонщині.
2. Схема меддопомоги для радгоспів.
3. Постанову ЦК ВКП(б) — глибше в райони..
4. Про організацію будинків відпочинку п'ятого дня.
5. Потрібне санітарне око в будівництвах на селі.
6. Про дефекти в роботі венустанов.
7. Про посилення рац. роботи.
8. Вшанування пам'яти проф. Скловського.

IV. ХРОНІКА. У Наркомздоров'ї РСФРР.

V. ОБ'ЯВИ: 1. Про тих, що свавільно кинули свою роботу. 2. Конкурси.

VI. Інфекційні захорування за травень 1930 р.: а) по округах; б) в окр. містах.

Політика охорони здоров'я, питання організації та управління

С. Канторовіч

МОБІЛІЗУВАТИ МЕДИЧНУ ОРГАНІЗАЦІЮ В ДОНБАСІ НА ЛІКВІДАЦІЮ ВУГІЛЬНОГО ПРОРИВУ

Треба цілком твердо сказати, що далеко не всі медробітники Сталінщини засвоїли виняткову важливість і виключну потребу участи нашої медично-санітарної організації в ліквідації вугільного прориву, що утворився в Донбасі. Тимчасом медичні робітники в цій справі—в ліквідації прориву, могли б безперечно відіграти дуже важливу ролю.

Коли я за мобілізацією Центрального Комітету партії приїхав до Донбасу, я стикнувся насамперед з надзвичайно тяжкими побутовими умовами, в яких скрізь і всюди перебувають мобілізовані на ліквідацію вугільного прориву робітники, що їдуть у Донбас із різних місць: з Києва, Кам.-Подільського, Іванова-Вознесенського, Костроми, тощо. Гуртожитки здебільшого не підготовлено, не обладнано, як слід, а антисанітарний стан багатьох гуртожитків вражає своїм важливим розміром. В багатьох гуртожитках спостерігається велика вишивість, не говорячи вже про блощиць тарганів, прусаків, що кишмя-кишать по бараках. Санітарний стан їдалень також спонукує бажати кращого. Бракує належного догляду виготовлення їжі. А в тім, Донецький басейн досить задовільно постачається тепер харчовими продуктами: на Донбас кинуто тепер величезну кількість ковдр, постільної й натільної білизни, взуття, промкраму, тощо. І тим більшим було моє здивування, коли я в декількох гуртожитках знаходив вошей, викривав неприпустимий бруд. Скрізь, куди я приїздив, я намагався передусім з'ясувати, яку саме участь бере санітарний лікар в ліквідації цього антисанітарного нехлюйства, чи часто заглядає він у гуртожиток, що саме робить він для знищення комах, яких заходів він ужив, щоб в кожному гуртожиткові відокремити шахтарок, щоб організувати душі, що саме робить санітарний лікар в справі утворення лазень, щоб посилити та поліпшити санітарно-харчовий нагляд та інш.

Треба цілком певно заявити, що вся та бридота, про яку я тут пишу, відограла чималу ролю в частковому витіканні робітничої сили, що прибуває в Донбас. Є звичайно й винятки: я можу навіть навести прізвища низки лікарів, що розуміють свої обов'язки, розуміють та усвідомлюють, яку ролю мають вони відограти в справі ліквідації вугільного прориву. Я вважаю за потрібне насамперед оголосити прізвище Щегловського лікаря **Миколу Миколаєвича Любимова**, що його 30-річний ювілей (лікарської діяльности) нещодавно урочисто відсвяткували громадські організації Щегловської рудні. Микола Миколаєвич Любимов, не зважаючи на завантаження величезним прийомом хворих в амбуляторії, хоч йому доводиться керувати лікарнею, що в ній він є головлікар, не зважаючи на те, що т. Любимов є лікар — лікувальник, а не „санітарний", він добре знає стан гуртожитків своєї рудні, заходить частенько туди, буває в їдальні по декілька разів на день. І от, дякуючи зусиллям цього лікаря—істинного суспільного, пощастило влаштувати, як слід, гуртожиток, їдальню та всю рудню в цілому.

Діяльність цього лікаря треба особливо відмітити, бо поряд нього довелося стикатися з такими лікарями, що, перебуваючи санітарними лікарями, заявляють, що їм нема чого ходити в їдальні, бо останні повинні мати спеціяльних санітарно-харчових лікарів.

Я вважаю за потрібне ще раз тут підкреслити, що треба якнайшвидше розворушити нашу санітарну організацію, дати санітар. лікарям зрозуміти, що за безпосередній обов'язок їхній править щоденне, невпинне слідкування за санітарним станом робітничих селищ, копалень, заводських клюбів, Палаців Праці і насамперед гуртожитків та їдалень.

Перечитуючи газети Сталінщини, скрізь і всюду стикаєшся з дописами, в яких робітники скаржаться на те, що кооперація випускає частенько недоброякісні продукти. Де ж тут наш санітарний лікар, чи стежить він за роботою кооперації? Адже ж поряд кооперації відповідає за цю бридоту також наш санітавний догляд.

Сила народу прибуває тепер в Донбас; в епідемічному розумінні в Донбасі геть небезпечно. А в тім, подивіться, що робиться на залізницях, біля вокзалів, в рухомому складі. Останнім часом я багато разів писав про бездіяльність транспортової санітарної організації, про те, що наша санітарна організація на транспорті абсолютно нічого не робить, щоб негайно ліквідувати нечувану бридоту, що є тепер на транспорті — кип'яченої води ніде не можна знайти, по буфетах—нечуваний бруд, на продуктах, звичайно, сила мух, у вагонах той самий бруд. Акти на це або не складаються, або, якщо їх складають, то не вживають заходів, щоб довести справу до кінця, себ-то, щоб накласти фактичну кару на тих, хто повинен безпосередньо відповідати за антисанітарний стан.

Тепер далі. Усі ми знаємо директиву партії про потребу вжити заходів до закріплення робітничої сили в Донбасі. Ось прибуває робітник на копальню, його треба якнайскорше оформити та поставити на роботу, а в тім, тут починається ходіння по муках: робітника напрямлюють в амбуляторію або поліклініку, щоб там зробити йому щеплення, призначають медичний огляд. Здавалося б, що коли всі наші амбуляторії та поліклініки усвідомили б, яку серйозну задачу на них покладено, щоб якнайскоріше провести вищезазначені маніпуляції, щоб витратити на них не більше одного дня. А в тім, мені довелося стикатися з багатьома випадками, коли це оформлення відбирає 3—4 і навіть по 6 днів.

Хиба це є участь в ліквідації вугільного прориву? Гадаю, що це є навпаки—шкодування ліквідації.

У боротьбі з симуляцією та аґравацією ми теж зробили надзвичайно мало. І на Сталінщині маємо величезну кількість прогулів і величезну кількість бюлетенів про втрату працездатности. Я вважаю за потрібне взяти під нагляд нашу мережу і подивитися, яку саме боротьбу провадить вона із симуляцією. Водночас треба настільки раціоналізувати та поліпшити нашу медичну допомогу, щоб робітник, який захворів, або набув травми, не був примушений очікувати в черзі цілими годинами. Скрізь і всюди не здійснено навіть найпростіших раціоналізаційних заходів, і в наслідок бачимо—черги так на периферії, як і в самому м. Сталіні. Ми не наблизилися ще щільно до самого виробництва, не зв'язалися з ним, не вивчили його як слід, отже, і не ведемо тієї величезної профілактичної роботи, яку ми повинні провадити. Ця робота дала б нам змогу значно скоротити травматизм, зазначити адміністрації ті заходи, що їх треба відбити в промфінплянах.

Мова йде про організацію підземних пунктів, про те, щоб забезпечити їх відповідним приміщенням, обладнати ці приміщення ношами, аптечками, інструментарем, перев'язочним матеріялом, тощо. Поряд цього йдуть такі заходи, як: організація вбиральні в шахтах, постачання робітників кип'яченою водою (у відповідних пляшках), забезпечити шахти достатньою кількістю діжок з водою та інш. Тепер, наприклад, через таку

дрібницю, як брак діжок з водою, робітникам доводиться витрачати чимало часу на ходіння та здобування води.

Брак убиралень у шахті безперечно сприяє розвиткові епідемічних захворувань, відсутність підземних пунктів і недостатність їхнього обладнання, незабезпеченість відповідним кваліфікованим медичним персоналом, безперечно тяжко відбивається на продукційності праці робітників, отже й на здобуткові вугілля.

За одне слово величезний комплекс заходів лікувального та профілактичного характеру треба нам провести в життя. Треба тепер мобілізувати всю увагу медично-санітарної організації на ліквідацію вугільного прориву в Донбасі. Треба найкоротшим часом здійснити гасло „ближче до виробництва“, треба якнайщільніше зв'язатися з виробництвом, вивчити його, виявити всі професійні шкідливості та скерувати всі наші зусилля на скорішу ліквідацію їх, на невтралізацію шкідливостей, на найкраще здійснення промфінплянів на виробництві.

Р. Кобрин

Колективізація сільського господарства поряд колективізації побуту

XVI партійний з'їзд схвалив і чітко накреслив дальші шляхи індустріялізації, шляхи реконструкції сільського господарства. Соціялістичне будівництво на селі, бурхливо зростаючи, склало підвищені вимоги до промисловости, а поруч цього бідняцько-середняцька частина селянства, що об'єднувалась та об'єднується в колгоспи, й собі теж вимагає уваги та підтримки в справі перебудови свого життя й побуту на соціялістичних засадах.

Будівництво радгоспів і колгоспів, розвинення машиновотракторних станцій, комун та артілей безперечно призводить до утворення залюднених місць нового типу, що різко відрізнюються від традиційного села. Відміну між селом і містом, між селом і робітничим селищем треба знищити. Українську ідилічну хату з мікроскопічними вікнами та схиленим солом'яним дахом мусить замінити житловий комбінат, в якому був-би дуже розвинений усуспільнений сектор. Замість села мусить стати агроіндустріяльне місто. У цій великій революції сільського сектору орган охорони здоров'я мусить відограти певну ролю. Органи здоровоохорони мусять подбати про те, щоб в цьому будівництві не було місця ні стихійному виникненню агроміст, ані нездоровому житловому будівництву, що не забезпечувало б нових форм колективізації побуту.

На санітарну організацію так центральну, як і периферійну покладено тепер надзвичайно важливі зобов'язання, що від виконання їх залежатиме успішне просування соціялістичного будівництва житл і місць суспільного значення, загального плянування нових залюднених місць.

Отже, в зв'язку з цим центральні органи здоровоохорони повинні розробити основні принципи розташування нових агроміст, а також санітарно-технічні норми житл різного типу, як от: тимчасових гуртожитків для сезонників і постійних робітничих, для касарень тощо.

Культурне зростання колективізованого села вимагає, щоб ці безперечні потреби було задоволено, через що треба виробити типові проєкти будівель громадського користування—сельбудів, читалень, клюбів з кіноустановками, громадських їдалень, пралень, лазень, шкіл, ясел тощо. Ця робота, якщо її виконають центральні органи здоровоохорони, значно полегшить периферійній санітарній організації здійснювати на місцях

нормальне будівництво. Проте, периферії належить ще чимало зробити в цій справі. Районова санітарна організація повинна встановити певний тісний зв'язок з госпорганами, що провадять будівництво. Є чимало чинників, де санітарному лікареві можна, треба і доведеться здійснювати свій вплив: справа правильного вибору місця під забудову, вибір здатніх земельних дільниць для житлового і громадського будівництва та інш.

Закон Союзного Уряду з 12 січня 1930 року вимагає від об'єднаних радянських господарств протягом 2 років забезпечити житлом всіх робітників радгоспів. Отже, санітарні лікарі повинні взяти участь в розгляді промфінплянів госпорганів, домагаючись, щоб було виділено певні асигнування на житлове будівництво, а також на будівництво культурних установ. Санітарному лікареві треба брати участь в розроблюванні завдань і затверджуванні всіх проєктів будівництва. Тільки таке безперечно потрібне втручання забезпечить здорове будівництво. Ми практикуємо тепер обов'язкове приймання знов збудованих будівель технічним і санітарним доглядом; цей захід себе цілком виправдав, бо застерігає від використування будівель до цілковитого скінчення їх, аж поки будівлі не просушено, обладнано тощо.

Нарешті, санітарному лікареві належить велика задача просувати в гущину села, що колективізується, ідеї здорового будівництва і нового побуту. Ця робота тяжка, але водночас вона забезпечує лікареві авторитет і своєчасний санітарний вплив. На долю районних Санітарно-Технічних Рад припадає тепер, після ліквідації округ, велика роля в справі оздоровлення села. Санітарному лікареві треба в його роботі спиратися на Санітарно-Технічну Раду. В ній треба забезпечити участь кращих кваліфікованих фахівців района, — районного інженера, ветеринарного лікаря, агронома, санітарного лікаря, меліоратора тощо.

Проблема соціялістичної реконструкції сільського господарства величезна, й в ній чимале місце посідає санітарний лікар. Від умілого та свідомого виконання поставлених перед саноріганізацією завдань, від своєчасної організації громадської думки навколо нового будівництва — залежатиме успішне виконання директив 16 партз'їзду про найскорішу реконструкцію народнього господарства,—отже, й нового побуту на селі.

Шахбазян Г. Х. і Заноздра С. Ф.

Питання праці в колгоспах та завдання участкової мережі

Величезне зростання колективізації змінило обличчя сучасного села і створило нові форми організації праці та побуту. Рівнобіжно з цим змінюється й способи обслуговування теперішнього села з боку органів охорони здоров'я. Соціялістичний сектор потрібує особливої уваги до себе. Своєчасне втручання органів охорони здоров'я в життя колгоспу повинно забезпечити з гігієнічного боку умови праці та побуту. Наявність великої кількости робочої сили в колгоспі висуває питання правильного використання її за ознаками здоров'я та здібности. У великому господарстві, як-от господарстві колгоспнім, є багато різних робіт, що потрібують більшої або меншої витрати енергії та часу. Попередній та систематичний медогляд членів колгоспу дасть можливість правильніше вирішувати це питання. Досвід цього року довів, що широкий медогляд, (наприклад серед членів комуни ім. Київського окрвиконкому) дав змогу виділити хворих, старих та малосильних і перевести їх на легші роботи. Сільське господарство в великій мірі користує з праці жінок та дітей. В артілях

та почасті комунах, жінка ще й досі,—крім трудодня, виконує роботу по обслуговуванню сім'ї, часто нарівні з чоловіком вона виконує тяжку фізичну працю, вагітні жінки та жінки з немовлятами не скрізь звільняються від роботи на відповідний час. Притягаються до роботи діти мало не з 7—8 літ, іноді на роботу непосильну для їхнього віку. Поліпшити умови праці жінки та підлітків є невідкладне завдання органів охорони здоров'я. В цьому напрямкові меддільниця повинна домагатись щоб жінок і підлітків звільнювалося від тяжкої фізичної роботи, щоб вагітні жінки звільнялись від роботи не менш, як за місяць до пологів і на місяць після них і, крім того, переводились на легку роботу за місяць до звільнення, щоб жінка з немовлям мала змогу підчас роботи годувати немовля, для чого посилати її на роботу недалеко від дому або ясел. Меддільниця повинна звернути увагу, щоб підлітки та діти користувались обмеженим робітничим днем. Організація змін, перерв для їжі за відповідною консультацією меддільниці значно поліпшить гігієнічні умови праці. Великого значіння набуває питання звільнення членів колгоспу від роботи за тимчасовою втратою працездатности. Тут меддільниця звертає увагу на своєчасне забезпечення меддопомогою та звільнення від роботи хворих за певними показами. Колективізація сільського господарства викликає до життя низку підприємств для переробки сировини (олійниці, млини тощо).

Влаштовуючи ці підприємства, не беруть на увагу будь-яких санітарно-гігієнічних вимог. Утворення певних гігієнічних умов на виробництві через керування комісією охорони здоров'я та праці є завдання меддільниці. Машинізація сільського господарства за браку кваліфікованої робсили, дає багато випадків травматизму. Організація першої медичної допомоги, утворення гуртків та пунктів першої допомоги, облік, вивчення та профілактична робота в цьому напрямкові повинна опанувати лікарську думку на селі. Бриґада Київського інституту патології та гігієни праці, що працювала підчас весняної засівкампанії в Кагарлицькому районі організувала та перевела в районі двоє курсів першої допомоги на 30 душ, виклавши за 6 лекцій головні засади першої допомоги. Ставлення до курсів з боку колгоспиків було дуже уважне, а перевірка показала, що за такий дуже обмежений термін все ж таки курсанти набули знань, що давали змогу орієнтуватися за нещасного випадку до прибуття медперсоналу.

Поруч цих нових форм організації праці в соцсекторі села невпинно тягнуться вгору паростки нового побуту. Медична організація не тільки не може пройти повз цього, а навпаки, повинна взяти найжвавішу участь в його будуванні та оздоровленні. Масовий досвід цього року доводить, що громадське харчування в колгоспах підчас польових робіт є один з факторів, що сприяють успішному виконанню цих робіт. Популярність, що її набуло громадське харчування серед колгоспників, є передумова його дальшого розвитку та переходу в постійне, переходу з поля на базу. Останні обслідування громадського харчування в радгоспах і колгоспах колишньої Миколаївської округи, виявило разом з великими досягненнями й багато недоліків у цій справі. Так, наприклад, в більшості колгоспів немає розкладки, панує одноманітне меню, казани не лужені, їдять по декілька душ з одного посуду, розташовують табори біля дороги, і ввесь порох летить в казани, сідають їсти з брудними руками. Тимчасом медична організація може в цьому чимало зробити. Ось у таборі комуни „Гвардія Ілліча" медична сестра протягом коротенького часу зуміла привчити комунарів братись за їжу тільки митими руками. Створити

здорове харчування, допомогти перевести його в постійне може найскоріше і найкраще медична організація.

Колективізація самим фактом свого існування викикає до життя цілу низку організацій. Одною з таких організацій є дитячі ясла. Організацію ясел по селах органи охорони здоров'я провадять давно, але особливого значення й потрібного масштабу й розмаху ця організація набула з часу посилення колективізації. Ясла, звичайно, дають змогу жінці нарівні з чоловіком узяти участь в перебудові сільського господарства, ось чому організації їх треба приділити особливу увагу.

Громадське харчування та ясла звільнюють жінку від рогачів та пелюшок і дають змогу використати її сили для творчої праці. Колективні форми господарювання — вищий ступінь, на який підноситься народнє господарство, здійснення його в повній мірі вимагає всебічного розвитку членів колективу. Саме ці форми сприяють переведенню в життя тих або інших заходів, втіленню тих або інших знань. Органам охорони здоров'я й тут одкривається широкий шлях для діяльности, що найскорше розповсюдити санітарно-гігієнічні знання та звички серед колгоспників. Треба саму масу колгоспників зробити провідниками цих знань. Це легко перевести, здійснюючи керівництво комісіями охорони здоров'я, праці, гуртками першої допомоги, ясельними комісіями тощо.

Київ. Ін-т патології та гігієни праці.

Од редакції: Обіжне розпорядження НКОЗ'у (див. цей нумер) цілком дає відповідь на порушені авторами питання щодо умов праці окремих (за віком, полом) груп колгоспників.

Я. І. Малкін,—(Дніпропетровське)

КОПІП і організація самодіяльности трудящих

За основну передумову розвинення культурної роботи за наших умов править організована суспільність і самодіяльність трудящих. У галузі охорони здоров'я про цю самодіяльність говорить усім відоме наше гасло: „Охорона здоров'я трудящих є справа самих трудящих". Отже тепер відповідно до завдань і розуміння диспансеризації потрібні такі організації самодіяльности, що вглиблювалися б в умови праці й побуту, через що, знаючи добре, в якій мірі трудящі групи населення потрібують лікувально-соціяльної та профілактичної допомоги, мали б змогу таку допомогу надавати.

Співробітництво в цих органах трудящих і лікарів (а потреба такого співробітництва є безперечною) дасть робітничим організаціям потрібні їм спеціяльні знання, а робота лікарів набуде через це громадського характеру.

Ці організації самодіяльности на практиці поряд здоровосередків при житлокоопах, по цехах і підприємствах, набувають найліпшого свого відображення, проникаючи в глибину робітничої маси — в так званих КОПІП'ах — комісіях оздоровлення праці й побуту, що є (а подекуди — що повинні бути), як органи розподілу цінностей медичної допомоги. Про них саме йтиме тут річ.

Здоровосередки мають змогу орієнтуватися в усіх побутових дрібницях робітника вдома, заводу, і саме через них КОПІП дістає потрібні відомості про умови праці й побуту на кожному підприємстві, у житловому кооперативі, приміщенні, прагнути виправити відхили від нормального й здорового життя й праці. Саносвітній роботі в діяльності єдиного

диспансеру належить дуже помітна провідна роля — активізувати та безпосередньо сприяти запровадженню широких оздоровних міроприємств.

На загальному фоні величезних заходів оздоровлення населення декому здадуться за малі такі моменти, як улаштування кватирок (хвірточок), як боротьба з брудом і порохом у наших приміщеннях, боротьба з алькоголізмом. А справді, чи варто витрачати на це час? Відповідь є тільки одна: варто, безперечно варто, бо в нашому повсякденному побутові вкорінено мало не три четвертини всієї народньої патології. Уся діяльність КОПІП'у є в такому разі похід та атака на старий побут. Неможна навіть уявити себі продуктивного посування цієї роботи, якщо вона не супроводитиметься розповсюдженням основних відомостей з санітарії та гігієни найширшим шарам населення. Отже саносвіті в цій справі, як і завсіди належить почесна й пануюча роля. Курс роботи треба спрямувати на рішучу боротьбу із старим побутом, на боротьбу з піяцтвом, проституцією, на боротьбу за нові методи гігієнічної праці, за здорову працю й розумний відпочинок.

Подаємо тут деякі дані про роботу КОПІП'у при поліклініці Катерининських залізниць у Дніпропетровському.

КОПІП має в своєму складі 120 чол. (норма представництва—1 чол. на 500 залізничників). Комісія має три секції: санітарну, охматдиту і боротьби із соціяльними захоруваннями. Секції працюють за самостійним пляном, координуючи кожна свою роботу з рештою секцій. Семінар, що його проходять члени КОПІП'у містить 3 лекції: 1) завдання санітарної освіти; 2) що таке КОПІП, які має вона завдання; 3) про єдиний диспансер. Усі члени КОПІП'у мають певні й конкретні завдання на запровадження їх по кутках і цехах, вивчають умови праці й побуту на виробництві, а про свої спостереження та зауваження щодо дефектів подають свої думки на систематичних засіданнях і пленумах КОПІП'у. Практика діяльности нашого КОПІП'у довела, що вона є суто життєвою організацією, яка зграйно сполучує роботу органів охорони здоров'я, соцстраху та охорони праці. Тут, так би мовити, встановлено справжнє співробітництво на досягнення спільної мети.

Справа закінченої диспансеризації за широкої ще більше поглибленої та інтенсивної самодіяльности трудящих буде виконанням частини культурної революції, а це буде по суті здійсненням ідеї комунізму, ідеї марксистської методи в медицині.

От редакції: Просимо місцевих діячів КОПІП'ів подавати матеріяли про роботу комісій, особливо щодо застосування її до умов єдиного диспансеру.

І. Мірер

Раціоналізацію—на передові позиції роботи органів здоровоохорони

Минуло вже досить часу з моменту ухвали ЦК ВКП(б) „про медобслуговування робітників і селян", що дає підставу підсумувати наслідки роботи, скерованої на виконання згаданої директиви. Ми можемо констатувати деяке поліпшення медобслуговування робітництва й селянства, зростання лікустанов, будівництво нових лікарень, поліклінік, установ охматдиту науково-практичних інститутів. Є досягнення й на фронті боротьби за новий побут.

Проте, якщо оці всі досягнення перевести на мову цифер у розрізі бурхливого зростання всієї нашої промисловости й соціялістичного сектора на селі, ми матимемо чималий розрив у розумінні кількісного та якісного відставання медобслуговування трудящих.

Основна причина такого стану полягає в тім, що питання раціоналізації в роботі органів охорони здоров'я не опанували ще будьякого місця.

Можна зо всією рішучістю обстоювати кошти на будування нових лікарняних ліжок, особливо за гострого дефіциту цих ліжок, розширювати, ті, що є тепер, і будувати нові поліклініки, прагнучи зменшити переобтяження мережі та зменшити довгі черги; можна вимагати розширення штатів по всіх установах, але зовсім не працювати тим напрямком, щоб раціоналізувати існуючу ліжкову допомогу в такий спосіб, щоб кожне ліжко завантажувалося якісно правильно в медичному розумінні, до того ж своєчасно, щоб дійсно пом'ягшити гострість черг у поліклініках, щоб врегулювати роботу штату, раціоналізувати внутрішній зв'язок і транспорт, щоб стандартизувати документацію та обладнання.

А чи заходиться хто-небудь навколо цих питань? Треба просто й одверто сказати: ні. І доти, аж поки питання раціоналізації медично-санітарної справи не стануть на чолі роботи всіх установ і кожного окремого робітника, нам не пощастить ліквідувати „ножиці", що є між темпами соціялістичного будівництва Союзу та посування медичного обслуговування тих, що безпосередньо будують соціялізм.

Треба рішуче розпочати раціоналізацію медичної справи, втілювати справу раціоналізації, як самостійної функції, що провадиться не від разу до разу, а систематично й повсякденно, в усі ланки нашої роботи. Наркомздоров'я розпочав цю роботу, периферія мусить допомогти йому зрушити далі та поглибити цю роботу, включивши себе в активне опрацювання окремих дільниць. Особлива роля тут припадає на інститути, що й собі повинні протягом найкоротшого часу в своїй роботі переключитися так, щоб опанувати провідну ролю.

Наші великі установи повинні вже тепер утворити раціоналізаційні бюра із робітниками, що спеціяльно для цієї роботи виділяються. На чолі бюра стають керівники установ, що мають відповідати за раціоналізаційну роботу в усій установі та удосконалення окремих кілець її. Треба насамперед опрацювати напрямком поліпшення настановлень найболючіші та пекучі дільниці. Таких перелічувати тут не слід: вони є в кожній установі; досить прочитати численні скарги на загаювання, затримування в допомозі, видачі довідок хворим і здоровим, досить ознайомитися із заявами робітників і службовців про низьку якість нашого медичного приладдя, досить подивитися, як марно витрачають у нас силу дорогих матеріялів, як бракує багато чого, щоб переконатися в тім, яке широке поле для раціоналізаційної роботи маємо ми в наших установах та в усій роботі взагалі.

Не треба тут повторювати, яке значення має в цій галузі роботи притягування найширшої суспільности, уникання кабінетности опрацьовування питань раціоналізації. Ті методи широкої громадськости, що їх ми вживаємо в усіх ланках нашої будівничої роботи, треба застосувати тут ще більше, бо цю роботу треба добре, добре усвідомити, щоб потім свідомо її здійснювати.

У раціоналізаційній роботі мусять знайти найширше вживання соціялістичне змагання, преміювання за кращі пропозиції, обмін досвідом, популяризація через пресу.

Ми певні того, що питання раціоналізації не тільки буде зрушено з місця, але й правильно поставлено на передові позиції, бо тільки тоді можна сподіватися, що ми встигнемо не відставати в темпах нашої здоровоохорончої роботи від розвитку всього нашого господарства.

І. Мірер

Винахідництво — на соціялістичні рейки

Останній наказ Народнього Комісара Охорони Здоров'я дає дійсну тверду засаду для винахідницької діяльности по лінії охорони здоров'я та медицини.

Треба цілком одверто визнати, що в минулій роботі НКОЗ та його органів винахідницької роботи майже не провадили. Була тільки випадкова фіксація того, що йшло самотьоком. Винахідницька робота до того ж переживала силу прикрих моментів, що знищувала у всіх винахідників охоту посувати винаходи вперед.

Ось чому протягом мало не 10 років ми в нашій медицині та охороні здоров'я майже не бачимо винаходів. Аналізуючи декілька заяв на винаходи, що надійшли до НКОЗ останнім роком — доводиться констатувати, що думка винахідника розпорошена на багато напрямків, не почуваючи над собою будьякого керівництва.

Справу винахідництва Наркомздоров'я ставить тепер ось як: при секторі науки НКОЗ є центральне Бюро винахідництва, де працюють робітники саме в цій галузі. Центральному Бюрові надано керівництво та контроля роботи всіх низових осередків, в справах винахідництва. Центральне Бюро має також остаточно розв'язувати конфлікти, що виникають між організаціями в справах винахідництва та винахідниками.

Центр ваги перенесено в місцеві організації. Наказ Наркома з 19 серпня (його надруковано в останньому номері бюлетеня) подає категоричну директиву про утворення у великих установах Бюр Винахідництва, а решті установ — комісій сприяння, де мають спеціяльно працювати робітники, персонально відповідальні за свою роботу.

Дуже важливе місце в наказі віддано справі щодо коштів на винахідництво. Досі навіть сам Наркомздоров'я не мав фонду винахідництва. Контрольні цифри поточного року зовсім не передбачали такого фонду. Тепер, опрацьовуючи контрольні суми, Наркомздоров'я передбачає спеціяльні кошти для справи винухідництва. Наказ Наркома дає ясні вказівки про те, які суми й скільки саме треба передбачити у контрольних цифрах на реалізацію винаходів, що надходять або мають надійти.

Використання фонду на дійсний розвиток справи винахідництва стає цілком реальним фактом, бо за основну методу всієї мережі організації править тематика того, що саме тепер потрібно для справи охорони здоров'я в умовах реконструктивного періоду. Від кустарництва ми повинні перейти до пляновости в справі винахідництва,

Чітке та своєчасне виконання наказу є гарантія тому, що справи винахідництва, справа невичерпаної ініціятиви та творчости трудящих матимуть найкраще застосування, а це і собі теж допоможе органам охорони здоров'я як найкраще реалізувати останню постанову ЦК ВКП(б) „про медичне обслуговування робітників та селян".

II. Офіційна частина

РОЗПОРЯДЖЕННЯ НАРКОМЗДОРОВ'Я

194. Про участь органів охорони здоров'я в забезпеченні програми 3 року п'ятилітки*)

До всіх райздоровінспекторів, керівників секцій охорони здоров'я міськрад

ЦК ВКП(б) в своїй відозві з 3 вересня ц. р. зазначив, що найголовнішим завданням всієї партійної та радянської суспільности є напруження всіх сил на ліквідацію проривів у промисловості, що виявилися на кінці другого року та виконання промфінплянів наступного третього року п'ятилітки.

Нашим органам охорони здоров'я, всім медсанустановам та окремим медробітникам треба безперечно взяти найактивнішу участь у виконанні цієї директиви ЦК нашої партії. На долю нашу припадає величезна робота відшкодити силу недоліків, що є в справі медично-санітарного обслуговування робітників і селян, в справі боротьби з антисанітарією, брудом, пошестями, забезпечення робітникові спокійної роботи та здорових умов праці.

*) Надіслано місцям 11 вересня 1930 р.

Директиву ЦК ВКП(б) про медобслуговування робітників і селян треба взяти до неухильного та негайного виконання. Це саме буде за основне, що забезпечить належний напрямок на виконання промисловістю та колективізованим сільським господарствам їхніх великих зобов'язань перед пролетарською державою.

Питання кадрів.

Наше болюче питання — брак кадрів для мережі ліксанустанов, можна якщо не цілком розв'язати, то значно полегшити. Якнайдоцільніше використання наявних кадрів, належне їх розташування між містом і робселищем та селом повинно стати на першому пляні нашої повсякденної роботи. У межах кожного більш-менш значного району є лікарні, що не використовуються як слід, що їхній робітничий день нераціонально завантажується. Треба домогтися того, щоб лікарні, що працюють в одній установі, або сполучають роботу в 2-3 установах, віддавали роботі повний час потрибнийдля задоволення хворих робітників і селян.

Наступні заходи Наркомздоров'я про раціональніший перерозподіл лікарів між містом, робселищем і селом мусять зустрінути якнайбільшу увагу та безпосереднє сприяння з боку всіх органів охорони здоров'я на місцях, всіх медсанустанов та самих медробітників.

Труддисципліна.

Питання труддисципліни треба врегулювати цілком і негайно. Неможна терпіти надалі. щоб прийом у лікарні, поліклініці або амбуляторії починався із запізненням, щоб лікар провадив неповний прийом, щоб через нераціональну постановку роботи нагромаджувалися черги хворих та інш.

Треба суворо стежити за тим, щоб відпустки медсанперсоналові надавалися за певною чергою, щоб лікаря, який є у відпустці, заступав інший робітник, щоб життєві інтереси трудящих абсолютно не потерпіли.

Треба надалі слідкувати й за тим, щоб усі медробітники своєчасно поверталися з відпустки й накладати кари на винних у порушенні цього.

Робітниче постачання.

Кепський стан робітничого постачання, що відограє таку суто негативну ролю в справі забезпечення виконання промфінплянів, мусить притягти до себе увагу всієї маси медробітників.

Санітарний догляд харчових продуктів, пильний догляд місць громадського харчування, раціоналізація його, нарешті участь в роботі організацій, що піклують цю справу — ось, що мусить стати в центрі уваги райоздоровінспекторів і підлеглих їхньому керуванню медсанустанов та окремих медробітників.

Широкі оздоровні заходи.

Райздоровінспектори повинні використати всі конференції, лікарів, виробничі наради, щоб дедалі все більше втілювати в здоровохорончу роботу методи радянської здоровохорони — запровадження широких оздоровних заходів (поліпшення водопостачання, відокремлення бруднин і покидів, своєчасне унешкодження, вивіз їх тощо).

Тепер, коли районовий бюджет стає самостійним, набуваючи собі все більше прав, треба райздоровінспекторам, беручи участь в бюджетових нарадах, обстоювати належні асигнування на лазневе будівництво, на поліпшення асенізації тощо.

Треба всіляко прагнути поступовного розвинення диспансеризаційної справи в різних галузях медсанобслуговування (туб., вен. псих. диспансеризація), прагнути охопити як найбільше робітників, їхніх сімей та робітничої молоди.

Охорона здоров'я матерів і дітей.

Ще й досі мережа постійних ясел по підприємствах далеко не відповідає потребам і не являє собою дійсного виконання господарськими установами їхніх зобов'язань перед робітницею-матір'ю та її немовлятком. Треба райздоровінспектурам детально ознайомитися із станом цієї справи, всіма способами домагатися здійснення потрібних заходів з боку підприємства, надаючи зі свого боку належну допомогу щодо забезпечення ясел, дитсадків медичним персоналом і фіхівцями цієї справи.

Обов'язково підлягає негайному налагодженню справа пологодопомоги робітницям і колгоспницям.

Невисокий відсоток робітниць і селянок, що отримують пологову допомогу в низових медсанустановах, треба збільшити.

Цього можна буде досягти через уважне ставлення лікарського персоналу до породіль — робітниць і селянок, підвищивши якість самої допомоги тощо.

Саносвіта.

Наркомздоров'я підкреслює, що в переважній більшості районів, які тільки тепер стають самостійними, саносвіта потрібує особливої уваги, бо здебільшого її мабуть доведеться тільки розпочинати. Отже, обстоюючи кошти на цю потребу, треба взяти до виконанню директиву НКОЗ, щоб на саносвіту було передбачено не менш 1,75% загального кошторису.

Промислові райони повинні особливо подбати про належний напрямок роботи. У цій галузі не може бути місця якій б то не було абстрактній роботі, що була б позбавлена політичного змісту й значення.

Кожний крок, кожний захід саносвіти мусить містити в собі уяву та конкретну засаду щодо значення його до підвищення працездатности робітництва, поліпшення умов його праці та побуту.

Перебудова апарату.

Наркомздоров'я вимагає, щоб апарат медсанустанов було б нарешті дійсно пристосовано до вимог і потреб виробництва та промислових робітників. Теперішній порядок і система роботи та умов безперервки та 7 год. роб дня мусить знайти належний відбиток у роботі медсанустанов, де свій розклад роботи, години прийому, видачу довідок, свідоцтв тощо мусить зробити цілком відповідними умовам і вимогам виробництва.

Ставлення до працівників відвідувачів мусить завжди бути ввічливим та уважливим.

Нарешті Наркомздоров'я знову підкреслює надзвичайну важливість сполучення якнайбільше уважливого та сумлінного суто пролетарського медично-санітарного обслуговування робітництва із боротьбою лікарів з прогулами, симуляцією, спробами отримувати незаконні відпустки, обтяжувати хід хвороби (агравація) тощо.

Наркомздоров'я сподівається, що ці директиви завжди будуть у центрі уваги РВК'ів і виконання цих директив дасть розвиненню промисловости та виконанню промфінплянів 3-го року п'ятилітки твердий ґрунт і впевненість в успіхові великої справи соціялістичного будівництва.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Кер. Оргінстр. Сектору *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗУ з 3 вересня 1930 р.).

195. Про керування справою охорони здоров'я в районі

До всіх райвиконкомів (РЗІ)

Згідно з постановою Президії ЦВК СРСР з 9 серпня 1930 р. та постановою ВУЦВК з 23 липня 1930 р., керування справою охорони здоров'я в районах покладено на райздоровінспектора, причому на цю посаду треба обов'язково призначати лікаря. Нові умови роботи району значно змінюють увесь характер та обсяг діяльности райздоровінспектора, який повинен повністю керувати та відповідати за стан охорони здоров'я в районі, працюючи за вказівками райвиконкому та загальними директивами Наркомздоров'я.

Відповідно до цього треба переглянути персональний склад райздоровінспекторів, залишивши на цих посадах осіб (лікарів), що відповідають своїому призначенню. Підбираючи лікарів для посади райздоровінспекторів, треба підходити індивідуально та призначати на ці посади лікарів енергійних, з ініціятивою, добре знайомих зі всіма завданнями та методами радянської охорони здоров'я, лікарів, що вміють адмініструвати та що користувались би авторитетом серед населення та керівничих радянських організацій. Бажано, але не обов'язково, щоб це був санітарний лікар. По райвиконкомах 3-ї категорії в індустріяльних районах, де встановлено дві посади райздоровінспектора, на одній посаді райздоровінспектора може бути висуванець-робітник не лікар.

Для керування роботою з окремих галузей як-от охматдит, санепід, лік.-проф., райздоровінспектор має право притягти, як помічників з інспекторськими функціями, без окремої плати:

Зав. консультації охматдит в справах охматдиту;

Санітарного лікаря в справах санепіду;

Зав. районної лікарні або поліклініки в лікувально-профілактичних справах.

Для обговорення різних питань охорони здоров'я в районі райздоровінспектор періодично, не менш одного разу на 3 місяці, скликає районну лікарську нараду з усіх лікарів району або з представників медсанустанов, коли в районі більш 50 лікарів та лікарів міст 4-ої категорії, що підпорядковані району, а також всіх міськздоровінспекторів міст, що підпорядковані району. Нарада розглядає питання пляну робіт, виконання пляну, переведення оздоровчих заходів серед населення, організації мед. допомоги тощо.

Постанови наради мають дорадчий характер: їх затверджує райінспектор. Технічне обслуговування райздоровінспектора провадить апарат райвиконкому.

З метою щільного зв'язку з районом райвиконком повинен про всі призначення та усунення райздоровінспекторів сповіщати сектор кадрів НКОЗ, додаючи встановлену облікову картку для відповідальних робітників та докладну атестацію. Посадова інструкція для райздоровінспектора, що передбачає його функції та взаємовідносини з РВК, НКОЗ, міськрадами тощо — зараз розроблюється і буде надіслано після затвердження ВУЦВК нового положення про райвиконкоми.

Наркомздоров'я *Канторовіч.*

Заст. кер. сект. кадрів *Кушнір.*

(Об. розпор. НКОЗ ч. 14-510 з 17 вересня 1930 р.)

196. Про перехід медперсоналу з одної роботи на другу

До всіх райвиконкомів (райздоровінспектур), міськрад, медсанупрів

(*Окремо не надіслано*)

Щоб усунути плинність медперсоналу та забезпечити нормальну роботу медсанустанов відповідними кадрами медробітників, а також регулювати просунення з периферії до міста, Наркомздоров'я на розвиток постанови НКПраці, № 148 з 9-VIII сповіщає до неухильного керівництва та виконання таке:

1. Всі особи медичного персоналу, що працюють по мед. сан. установах. незалежно від року закінчення медВИШ'у та медшколи в разі бажання перейти на роботу до інших районів або міст обов'язково повинні попередньо одержати листовну згоду, про яку відмічається в трудсписові; лікарі від рай. або міськздоровінспектури, середній персонал — від завідуючого установи.

2. Реєструвати та приймати на роботу осіб медперсоналу, що приїжджають з інших міст або районів, не маючи листовної згоди з місця попередньої роботи та трудсписків — заборонено і тих, що прийматимуть на роботу цих осіб, НКОЗ притягатиме до адміністративної відповідальности.

3. Відмітку в трудспискові треба робити такого змісту: „звільнено за власним бажанням за згодою райздоровінспектури (міськздоровінспектури)“. В разі уходу без згоди відмічається: „без згоди райздоровінспектури“.

Одночасно по всіх медустановах треба перевірити наявність книги наказів, де треба оголошувати про прийом та звільнення медперсоналу, зазначаючи підстави прийому, хто прислав робітника тощо. При всіх обслідуваннях обов'язково треба перевіряти порядок прийому медробітників та їх звільнення, наявність трудспискiв, що їх повинен мати кожний медробітник вищої та середньої кваліфікації.

4. Лікарі, що обов'язані відслуговуванням, молоді лікарі, що напрямлені для трирічної служби, кол. інтерни, аспіранти, кол. курсанти, що не відслужили встановленого терміну в разі бажання перейти до інших місцевостей, повинні мати, крім згоди міськ. або райздоровінспектора, ще дозвіл НКОЗ.

5. Лікарі; що працювали не менш 5 років за радвлади на селі, або в фабр. заводськ. та рудніччих місцевостях в разі їхнього башання перейти на службу до місуа повинні не залишаючи своєї посади, звернутись до НКОЗ із заявою, додавши відзиви про роботу від ПНК, профорганізації тощо, для одержання відповідно довідки НКОЗ на переважне право на роботу в місті. Цю довідку лікар разом із заявою подає до міськздоровінспектури відповідного міста. На підставі довідки НКОЗ міськздоровінспектури вносить лікаря до кандидатського списку на одержання посади в місті. Лікарі, що їх внесено до цього кандидатського списку мають за однакових інших умов переважне право на участь в конкурсах за відпдвідними фахом по даному місту, не подаючи кожного разу нової заяви. Цим правом користуються лишо ті лікарі, що не залишили своєї посади на переферії.

6. Для переходу на роботу до інших союзних республік:

а) лікарі повинні одержати дозвіл від НКОЗ;

б) решта медперсоналу — від міськ. або райздоровінспектора.

7. При звільненні медичного персоналу диплом та свідоцтво на руки не видається, а пересилається разом із трудсписком до відповідного органу охорони здоров'я, в розпорядження якого медробітник направляється.

8. Про всіх медробітників, що свавільно залишили посаду, медустанови повинні сповіщати рай або міськ. здоровінспектора для повідомлення НКОЗ.

В повідомленні треба обов'язково зазначити прізвище, ім'я, по батькові, рік закінчення ВИШ'у або медшколи, посаду та (коли є відомості), з якої місцевости є робітник та куди він виїхав.

Наркомздоров'я *Канторович*

Заст. зав. сектору кадрів *Кушнір*

(Об. розп. НКОЗ з 16 жовтня 1930 р. ч. 14510)

197. Про ретельний підбір господарчого персоналу медсанустанов

До всіх райздоровінспекторів, та міськздоровінспектур

В умовах напруженого матеріяльного та фінансового господарського становища питання правильного господарчого керування життям установ охорони здоров'я набуває виключного значіння. Плянове постачання всього потрібного для установ, забезпечення медсанустанови продуктами харчування, паливом, належний своєчасний ремонт і т. інш.— все це є та база, без чого неможливе нормальне функціонування кожної установи. Ось чому НКОЗУ надає великого значення справі доброго підбору господарчого персоналу, зокрема завгоспів, до підбору яких треба підходити зокрема серйозно та уважно.

За відомостями НКОЗ є установи, де господарчий персонал не відповідає своєму призначенню, отже НКОЗУ пропонує вам перевірити весь господарчий персонал (завгоспів пом. завгоспів, економів, кладовщиків, кастелянш), тоб-то всіх тих робітників, що працюють в галузі матеріяльного забезпечення установи. Увесь нездатний до роботи елемент треба заміняти новими робітниками, що мають відповідний досвід та підготовку, звільняючи цих робітників через відповідні інстанції, РКК, або переводячи на іншу роботу.

Перевірка не повинна мати характер чистки, оскільки це є виключно оцінка робітника з погляду здатности для даної роботи.

Про заходи, що їх вжито вами, сповістіть до 1-XI, одночасно сповістивши прізвище завгоспів, коли їх буде знято, з мотивуванням.

Наркомздоров'я *Канторович*

Зав. Сектора кадрів *Кушнір*

198. Про посилення інформаційного зв'язку районів із НКОЗ

До райздоровінспекторів, до голів секцій охорони здоров'я міськрад

ШАНОВНИЙ ТОВАРИШУ!

З переходом на двоступневу систему управління, коли Наркомздоров'я мусить безпосередньо зноситися з декількома сотнями одиниць, справа налагодження систематичного міцного зв'язку набуває настільки великої ваги, що я вважаю за потрібне цим окремим листом звернути вашу особливу увагу на цю справу.

Апарат НКОЗ зосереджує зараз багато уваги на встановленні належного зв'язку з містом, але без вашої допомоги, без вашого бажання підтримати цей зв'язок, без вашої ініціятиви в цій справі,— всі зусилля наркомату не дадуть наслідків.

Що ж треба зробити, щоб налагодити цей зв'язок?

1. Насамперед треба найакуратніше надсилати до НКОЗ всю встановлену офіційну звітність, суворо додержуватись термінів та форм, розроблених НКОЗ, щоб запобігти нагадуванням та додатковим запитанням, які потрібують багато часу та зовсім зайвого витрачання енергії апарату.

2. Вчасно та докладно повідомляти НКОЗ про події, випадки та окремі моменти з життя району, або міста, хоч і не передбачені запитаннями НКОЗ.

3. Запитувати НКОЗ зі всіх справ та питань, що виникають в процесі вашої роботи і що вимагають пояснень та допомоги НКОЗ, не боячись зупинятись на дрібницях.

4. Надсилати до НКОЗ статті, дописи, повідомлення і т. інш. для вміщення в пресі, як видаваній НКОЗ, так і загальній.

5. Звернутися до медробітників району та міста з проханням підтримувати зв'язок з НКОЗ, бути кореспондентами „Бюлетеня НКОЗ"; бажано, щоб кожний район мав декілька постійних кореспондентів цього бюлетеня.

6. Використовуйте для зв'язку з НКОЗ всі можливі засоби: крім почти, передавайте листи „оказіями", коли робітники з вашого району їдуть до центру; використовуйте відвідування робітниками НКОЗУ місць, щоб якнайдокладніше та повніше освітлювати стан справи охорони здоров'я в районі й місті, його потреби, хиби та досягнення.

7. Використовуйте місцеву пресу, щоб висвітлювати справу охорони здоров'я та популяризуйте ідеї її й надсилайте до НКОЗ всі номери місцевих газет, де пишуть щонебудь про справу охорони здоров'я.

Ще раз прошу приділити справі вчасного інформування НКОЗ яко мога більшу увагу.

З тов. привітанням

Заст. Наркомздоров'я *Нагорний*

(Лист НКОЗ ч. 618 з 15 жовтня 1930 р.).

199. Про харчування чергового персоналу лікустанов.

До всіх міськрад, райвиконкомів та держбюджетових установ НКОЗУ.

Додаючи до цього копію інструкції НКФіну та НКОЗдоров'я про право чергового персоналу лікувальних установ користуватися пайкою, (*інструкцію було вміщено в бюлетені НКОЗУ з 31 січня 1927 р. № 1-2*), Наркомздоров'я знову пропонує повністю її реалізувати, маючи на увазі таке:

1. Право користування пайкою надається черговому персоналу, що перебуває безперервно на роботі не менш за 12 годин.

2. Складаючи заяву на потрібні харчпродукти для відповідної лікустанови, обов'язково враховувати потреби харчування чергового персоналу.

3. Черговий персонал користується лише з того харчування, що припадає на час харчування.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*.

Керівник бухгальт. групи *Довбіщенко*.

(Об. розп НКОЗ ч. 629-10 з 30 вересня 1930 р.)

ІНСТРУКЦІЯ

НКФіну та НКОЗдоров'я про право чергового персоналу лікувальних установ користуватися пайкою.
(Видано на розвиток постанови РНК УСРР з 15-IV-26 р. прот. № 18-435, п. 5).

1. Право користуватися пайкою в час черги в лікустанові надається таким категоріям робітників по таких установах:

А. По лікарнях, санаторіях, що функціонують протягом цілої доби, стаціонарних філіях, туб. і вендиспансерах, поліжничих будинках, ізоляторах. — Лікарі: штатні ординатори, інтерни, сестри-жалібниці й брати-жалібники, сидухи, санітари, акушерки, лікпоми.

Б. По дитустановах: дитбудинки, ясла постійні, будинки пригрудної дитини, ізолятори. — Сестри медичні, сестри виховательки, прибиральниці.

Примітка: Решта персоналу по інших лікустановах, а також персонал, що не чергує, права користування пайкою за рахунок установи не має.

2. Норма пайка для чергового персоналу дорівнюється до норми пайка самої лікустанови, що її персонал обслуговує.

3. Видатки в зв'язку з наданням черговому персоналові права користуватися пайкою відносити на рахунок установи й передбачається бюджетом установи в статті „Харчування“.

4. Ця інструкція набуває чинности з 1 жовтня 1926 року.

Наркомздоров'я *Ефімов.*

Наркомфін *Храмов.*

Погоджено з ЦП Медсантруд *Геккер.*

(Обіжник НКОЗ № 97 від 25-IX-2926 р.—Бюлетень НКФ УСРР № 10 1926 р.).

Д. Терміново

200. Про постачання лікарень молочними продуктами

До всіх окрспоживспілок, та робкоопів. Копія до НКТ (Відділ постачання). До Наркомздоров'я на № 16-3.

На додаток до нашого обіжника № 1/21914/21 з 31 липня цим подаємо такі корективи:

У зв'язку з тим, що Наркомторг, на підставі напруженого стану заготівлі коров'ячого масла та яйця, починаючи з вересня — припинив вилучати спеціяльні фонди Наркомздоров'я для безпосереднього постачання місцевих лікарень та н/будинків, пропонуємо вам, із загальних ваших ресурсів, так централізованих джерел, як і для заготівель, забезпечити постачання лікарень також і коров'ячим маслом, яйцем, молоком, сиром і інш. молошними продуктами за нормами, які вам слід погодити з райздоровом та райторгуповноваженим.

Продуктово-сиров. сектор ВУКС'у *Стефанов, Окунь*

(Лист ВУКС'у ч. 24422 з 4 вересня 1930 р.).

201. Про постачання лікустанов

До всіх райздоровінспектур, секцій охорони здоров'я міськрад, НКОЗ АМСРР, держбюджетових установ НКОЗУ та МСУ

НКОЗУ звертає вашу увагу на обіжника Наркомторгівлі з 23 вересня 1930 р, № 2359-6, що його вміщено в торговому бюлетені Наркомторгу з 26 вересня ц. р. № 109 про постачання лікустанов.

На підставі цього обіжника, якого наведено нижче, вимагайте від Райторгвідділів та Торгсекцій Міськрад своєчасного та повного забезпечення лікустанов потрібними харчопродуктами, промкрамом тощо через місцеві організації, зокрема кооперативні.

Заст. Наркомздоров'я **Нагорний**

(Об. розп. НКОЗ ч. 629-10 з 9 жовтня 1930 р.)

Обіжник Наркомторгу з 23 вересня 30 р. № 2359-9

Не дивлячись на наші неодноразові вказівки, щодо першочергового постачання лікустановам нарівні з робітничим постачанням, до нас надходять від багатьох місць (Запоріжжя, Маріупіль, Дніпропетровське) відомості про зняття з постачання лікарень, що приводять до зриву роботи лікустанов.

В зв'язку з зазначеним Наркомторг знов категорично пропонує постачати лікустанови з фондів, що є у Вашому розпорядженні, нарівні з робітничим населенням.

ВУКС'у дати відповідних вказівок своїй периферії.

Цього обіжника адресовано до всіх Райвиконкомів, міськрад та НКТ АМСРР, Вукопспілка — копія: Наркомздоров'я.

Заст. Наркомторгу **Ананченко**

202. Про подання матеріялів щодо реєстрації абортів

До всіх райвиконкомів та міськрад

(*Окремо не надіслано*)

1. Шоб вивчити стан, розміри, а також значення абортів, як соціяльно-патологічного фактора, Держплян УСРР передбачає опрацювати матеріяли реєстрації абортів по лікувальних установах за 1929 календарний рік,

Отже, Наркомздоров'я пропонує дати термінове розпорядження відповідним лікустановам — надіслати всі реєстраційні картки абортів за 1929 календ. рік за такою адресою: Харків, 12, Держплян, секція соціяльної статистики.

2. Одночасно пропонуємо всім установам, що до цього часу не надіслали реєстраційних статкарток на інфекційних хворих ф. № 1 за 1929 календарний рік, негайно надіслати до Наркомздоров'я, група обліково-статистична та кон'юнктурна.

За Наркомздоров'я, чл. Колегії **Сиротенко**

Заст. кер. плян. сектора **Злотнік**

(Об. розп. НКОЗ з 16 жовтня 1930 р.)

203. Про постачання статистичних форм

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів)

(*Окремо не надіслано*)

Плян. сектор повідомляє, що аж до остаточного розв'язання питання про централізоване постачання статистичних блянків Наркомздоров'я надсилатиме за вимогою районів такі формуляри:

1) реєстраційні статкартки для хорих:

картка № 1 для реєстрації інфекційних хорих
„ № 2 „ „ тубхворих
„ № 3 „ „ венхворих
„ № 4 „ „ пологів
„ № 5 „ „ абортів

Форма „А“ — місячне повідомлення про інфекційні хороби в лікустановах;
Форма „Б“ — місячний звіт про інфекційні хвороби в районі.

Всі статматеріяли повинно використати виключно за призначенням, тому що їх надсилатиметься з твердим розрахунком.

Кожного разу про одержання треба негайно повідомляти НКОЗ.

За Наркомздоров'я, чл. колегії **Сиротенко**

Заст. керівника плян. сектора **Злотнік**

(Об. розп. НКОЗ з 17 жовтня 1930 р.).

204. Про напрямлення лікарів для підвищення кваліфікації на курси.

До всіх райвиконкомів, міськрад, інститутів удосконалення лікарів та медсанупрів. Копія до НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не надіслано*)

У зв'язку з тим, що підвищення кваліфікації лікарів має велике значіння для справи охорони здоров'я, крім тих заходів, що їх проводиться місцевими коштами, про що даються окремі вказівки, Наркомздоров'я щорічно організує в інститутах удосконалення лікарів (Харків, Київ, Одеса, Дніпропетровське) низку курсів для лікарів. У зв'язку з ліквідацією окрцентрів напрямлення лікарів на ці курси повинні проводити безпосередньо райвиконкоми та міськради.

На курси участкових лікарів треба напрямляти сільських лікарів, що мають загальний стаж безперервної, периферичної роботи не менш 3 років, причому амбуляторних лікарів треба напрямляти на курси участкових амбуляторних лікарів, а лікарів із лікарень—на курси участкових стаціонарних лікарів.

На курси санітарних лікарів, та лікарів з інших профілактичних галузей можна напрямляти й лікарів з меншим стажем, ніж 3 роки, Райвиконкоми та міськради повинні обов'язково передбачити відповідні витрати на відрядження в кошторисах 1930-31 р.; одночасно РВК та міськради повинні завести кандидатський спис лікарів на відрядження з тим, щоб командирувати лікарів порядком черги.

Отже, пропонується вам відрядити лікарів на курси, надіславши попередньо анкету в двох примірниках до відповідного інституту удосконалення на ваших кандидатів за формою, що тут додається. Термін початку курсів є орієнтовний виїжджати на курси лікар може після одержання від інституту удосконалення окремого повідомлення про зарахування. Ті райони, що зараз не одержують місця на курсах, одержують такі майбутнього року. Заяви з анкетами на курси участкових лікарів (окремо стаціонарних, окремо амбуляторних) треба обов'язково надіслати до відповідного інституту Удосконалення.

Якщо в районі, якому НКОЗ надав місця на курсах, нема лікарів, що відповідали би умовам напрямлення на курси, тоб-то ці лікарів не мають відповідного стажу периферичної роботи, або були недавно на курсах, райвиконкоми обов'язані негайно про це сповістити інститут Удосконалення лікарів. Використання місць, що надано району для участкових лікарів, є обов'язковим і напрямлення лікарі на ці курси є безоговорочне.

Всі лікарі, що їх відрядили на курси, зберігають свої посади основні та за сумісництвом, з повною оплатою їх, а також і кватирю, при чому РВК та міськрада повинні подбати про те, щоб підчас відрядження лікарям своєчасно виплачувалось утримання за посадою. Наркомздоров'я виплачує курсантам, що зараховані за розподілом НКОЗ, стипендію та надає гуртожиток. Проїзд в оба кінця сплачує РВК, або міськрада. Після закінчення курсів — лікарі відряджуються в розпорядження тих органів, що їх відрядили й повинні відслужити за відрядження не менш року.

В тому разі, коли РВК, міськздоровінспектура або медсанупр бажають напрямити лікаря для індивідуальної спеціялізації, або на ті курси, на яких їм місць не надано, в цій справі перелічені органи повинні звертатися, додаючи вищенаведену анкету на кандидата, до відповідного інституту удосконалення, який залежно від наявности місць розв'язує це питання.

Лікарям, що їх зараховано для індивідуальної спеціялізації або зараховано на курси поверх розподілу, НКОЗ стипендії не сплачує й гуртожиток надає лише за можливости.

Всі витрати, зв'язані з цими відрядженнями, поверх розподілу НКОЗ, сплачує РВК або міськрада.

Відрядження лікарів до інститутів РСФРР (Ленінград, Москва), провадяться виключно через НКОЗ УСРР, куди РВК або міськрада в разі бажання напрямити лікаря подають відповідні заявки, додаючи анкети на кандидатів.

В разі задоволення клопотання НКОЗ висилає відповідне посвідчення. Відрядження до інститутів РСФРР провадяться за рахунок тих органів, що відряджують.

Курси для висуванців призначено для підготовки робітників та селян на адміністративні посади завідуючих різних мед. сан. установ; спеціяльних курсів для райздоровінспекторів не утворюється оскільки за постановою Президії ЦВК СРСР райздоровінспектори повинні бути лікарями. На курси висуванців можна направляти також тих висуванців, що вже обіймають посади висуванців по мед. сан. установах.

З усіх питань напрямлення на курси треба звертатись безпосередньо до відповідних інститутів Удосконалення.

Примітка: До № 20 (лікарів охматдиту 1 циклу) на перший цикл лікарів ОХМД, що провадитиметься з 15 жовтня — 15 січня 1931 р. в Харківськ. ін-ті удосконал. лікарів, треба відряджати виключно лікарів сільських консультацій, що мають не менш 2-х років сільського стажу (загального стажу роботи на селі незалежно від фаху). Щодо принципів вкомплектування лікарів на курси, що їх провадитиметься 1 грудня 1930 р.—1 березня 1931 р. в Київському ін-ті удосконалення лікарів, буде своєчасно дано належні вказівки.

Примітка: 2. На другий цикл курсів ОХМД, що провадитиметься з 1 січня 1931 р. — 1 квітня 1931 р. в Харківському ін-ті удосконалення лікарів, прийматиметься лікарів міських консультацій робітничих районів (Донбас, Кривий Ріг, тощо).

Додаток 1. Перелік курсів та місць на них, що їх дано РВК, міськрадам. (А. — підвищення кваліфікації, Б. — Курси підготовки *).

Додаток 2. Форма анкети на лікаря, що його відряджують для удосконалення.

Додаток 3. Розподіл колишніх округ.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян.*

Заст. керівн. сектору кадрів *Кушнір.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 514—37 з 23 вересня 1930 р.)

205. Про утворення нарконевродиспансерів та витверезувачів.

До секцій здоровохорони міськрад. До райздоровінспектур. Копія—райздоровінспектурам.

По окремих промислових виробництвах маємо прориви та недовиконання промфінплянів. Не малу ролю відограли тут прогули, пияцтво, симуляція, нервозність та психопатія окрамих робітників, які не лише самі шкодять виробництву, але ще впливають на своїх товаришів, чим підривають нормальний хід виробництва

Органами здоровохорони на місцях мало що зроблено в боротьбі з цими явищами та недосить звернено уваги медустанов на допомогу виробництву практичними засобами щодо виконання промфінплянів.

Боротьба з алкоголізмом та з забрудженням виробництва неповноцінним психопатичним елементом майже зовсім не переводиться, в сой самий час, коли при невеликих затратах можна зорганізувати та розвинути величезну роботу щодо подолання зезначених наслідків.

Отже, Наркомздоров'я пропонує взагалі посилити боротьбу з алькоголізмом та розпочати організацію лікувальне-профіляктичних установ: витреразувачів, психо-невро, наркодиспансерів, через які перєводити боротьбу з наркоманією, проводячи систематичний огляд робітників, щоб виявити нерво-психічний стан, а хворих взяти на облік.

Залежно від висновків диспансеру, коли є потреба надати робітникам ліжкову або амбуляторну допомогу, перемінити фах, переводити на нескладну роботу, тимчасово або зовсім звільнити від роботи й т. і. Цю роботу диспансеру треба ув'язати з професійними, адміністративними та громадськими організаціями.

Там, де є наркодиспансери, треба поширити обсяг їхньої роботи та перетворити на психо-невро-наркодиспансери з тим, щоб охопити психо-гігієнічною допомогою дитинство.

Заст. Наркомздоров'я, зав. медсансектора *Кустелян.*

Інспектор психоневродопомоги *Ізельсон.*

(Об. розп. НКОЗ ч. 319/12 з 1 жовтня 1930 р.).

*) Перелік курсів див. стор. стор. 336 — 339.

Додаток 1 А

ПЕРЕЛІК

курсів підвищення кваліфікації на 1930-31 рік

Назва курсів	У Харківському інституті			У Київському інституті			В Одеському інституті			У Дніпропетровськ. інституті		
	Заг. кільк. курс.	Тривалість		Заг. кільк. курс.	Тривалість		Заг. кільк. курс.	Тривалість		Заг. кільк. курс.	Тривалість	
		Місяців	Термін курсів		Місяців	Термін курсів		Місяців	Термін курсів		Місяців	Термін курсів
1. Участкових лікарів амбулят. I цикл	40	$3^1/_2$	15-X-30 р.—1-II-31 р.	40	$3^1/_2$	15-XII-30 р.—1-IV-31 р.	40	$3^1/_2$	1-XII-30 р.—15-III-31 р.	30	$3^1/_2$	15-X-30 р.—1-II-31 р.
2. Участкових лікарів амб. II цикл	40	$3^1/_2$	1-III-31 р.—15-VI-31р.	40	$3^1/_2$	1-IV—15-VII-31 р.	40	$3^1/_2$	1-IV—15-VII-31 р.	—	—	—
3. Участ. лікар. стаціон.	40	5	1-I—1-VI-31 р.	60	5	15-X-30 р.—15-III-31 р.	40	5	15-X-30 р.—15-III-31 р.	30	5	1-II-31 р.—1-VII-31 р.
4. Хірургів	—	—	—	—	—	—	25	3	1-II—1-V-31 р.	—	—	—
5. Очників	—	—	—	25	2	1-V—1-VII-31 р.	—	—	—	—	—	—
6. Лярингологів	25	2	1-V—1-VII-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Гінекол. та акушер.	—	—	—	25	2	1-VI—1-VIII-31 р.	—	—	—	—	—	—
8. Венерологів	—	—	—	—	—	—	25	2	1-II—1-IV-31 р.	—	—	—
9. Невропатологів	25	2	1-I—1-III-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Психіятрів	20	2	1-I—1-III-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Терапевтів	—	—	—	25	2	1-IV—1-VI-31 р.	—	—	—	—	—	—
12. Терапевтів поліклінік Донбасу	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40	3	1-XII-30—1-III-31 р.
13. Туберкульозників	25	2	1-II—1-IV-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Одонтол. I цикл.	15	4	15-X-30 р.—15-II-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ II „	15	4	1-II—1-VI-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Зубн. лікар. I цикл.	—	—	—	—	—	—	40	4	15-X-30 р.—15-II-31 р.	—	—	—
16. „ „ II „	—	—	—	—	—	—	40	4	1-IV—1-VIII-31 р.	—	—	—
17. Санітарних лікарів	40	3	1-XII-30 р.—1-III-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Бактеріологів (ляборантів)	40	3	1-XI-30 р.—1-II-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Лікарів саносвіти	—	—	—	—	—	—	30	2	1-V—1-VII-31 р.	—	—	—
20. Лікарів охматдит. I цикл.	25	3	15-X-30 р.—15-I-31 р.	50	3	1-XII-30 р.—1-III-31 р.	—	—	—	—	—	—
„ „ II „	25	3	1-I—1-IV-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. „ „ ОЗДП	—	—	—	50	3	1-XII-30 р.—1-III-31 р.	—	—	—	—	—	—

Крім цих курсів, що призначені для підвищення кваліфікації лікарів, що вже працюють в тій або іншій галузі, НКОЗ провадить також низку курсів для підготовки нових фахівців, як от: курси підготовки промислово-сеніт. лікарів, епідеміологів, бактеріологів то що; прийом на ці курси провадитиметься за заявками округ та за індивідуальними заявками, що їх треба подавати до відповідних інститутів удосконалення.

Додаток 1 Б

ПЕРЕЛІК

курсів підготовки на 1930-31 рік в інститутах удосконалення лікарів

Назва курсів	У Харківському інституті			У Київському інституті			В Одеському інституті			У Дніпропетровськ. інституті		
	Кільк. курсан.	Тривалість: Кільк. м-ців	Тривалість: Термін курсів	Кільк. курсан.	Тривалість: Кільк. м-ців	Тривалість: Термін курсів	Кільк. курсан.	Тривалість: Кільк м-ців	Тривалість: Термін курсів	Кільк. курсан.	Тривалість: Кіл. м-ців	Тривалість: Термін курсів
1. Висуванці І цикл	30	3	1-XI-30—1-II-31 р.	30	3	1-XI-30—1-II-31 р.	30	3	1-XI-30—1-II-31 р.	30	3	1-XI-30—1-II-31 р.
„ II цикл	30	3	1-IV—1-VII-31 р.	30	3	15-II—15-V-31 р.	30	3	1-III-30—1-VI-31 р.	30	3	1-II—1-V-31 р.
2. Промсанлікарів	40	4	1-III—1-VII-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Житлова-санітар.	30	3	1-IV - 1-VII-31 р,	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Епідеміологів	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40	3	15-III—15-VI-31 р.
5. Бактеріологів-лаборант. (комплектуються з лікарів)	40	4	1-III—1-VII-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Бактеріологів-біологів (комплектуються з не лікарів)	—	—	—	20	6	1-II—1-VIII-31 р.	—	—	—	—	—	—
7. Сан. лікарів (комплектуються з участк. лікарів)	—	—	—	—	—	—	40	2	1-II—1-IV-31 р.	40	2	1-XI-30—1-I-31 р.
8. Санітар.-харчові лікарів	—	—	—	—	—	—	40	3	1-X-30—1-I-31 р.	20	3	15-III—15-VI-31 р.
9. Дієтетиків	30	3	1-XII-30—1-III-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Харчовиків-лаборантів (комплектуються не з лікарів)	—	—	—	—	—	—	30	3	1-XI—1-II-31 р.	—	—	—
11. Лікарів саносвіти	—	—	—	—	—	—	20	3	1-II—1-V-31 р.	—	—	—
12. Лікарів фізкультурників	20	2	1-III—1-V-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Лікарів охматдіт.-педіятри	—	—	—	30	3	1-IV—1-VII-31 р.	—	—	—	—	—	—
14. Лікарів ОЗДП для фабзавуч.	—	—	—	30	3	1-IV—1-VII-31 р.	—	—	—	—	—	—
15. Судово-медичні лікарі	15	4	1-III—1-VII-31 р.	—	—	—	15	4	15-X-30—15-II-31 р.	—	—	—
16. Ортопеди-травматол.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. Лікарі першої допомоги	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Раціоналізатори медсанитарн. справи	20	1	1-V—1-VI-31 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Лябораторні робітники (комплектуються із середнього медперсоналу)	—	—	—	—	—	—	30	3	1-V—1-VIII-31 р.	—	—	—

Примітка: На всі курси розподілу НКОЗ не встановлено, і комплектування їх провадиться за заявками районів та за індивідуальними заявками лікарів, що подається до відповідних Інститутів Удосконалення лікарів.

НАРКОМЗДОРОВ'Я

Сектор кадрів.

Додаток 2

Облікова картка

лікаря, що його напрямляється до наукового відрядження,

1. Хто відряджує (назва РВК, міськради)______________________
2. Прізвище, ім'я та по батькові______________________

3. Посада лікаря ______________________
4. З якого року член спілки ______________________
5. Партійність______________________
6. Соціяльне походження ______________________
7. Участь в громадській роботі ______________________

8. Відношення до військової служби ______________________
9. Назва установи, де працює (адреса; якщо це лікарня, то на скільки ліжок) ______________________

10. Рік закінчення мединституту ______________________
11. Скільки часу працює на периферії ______________________
12. Чи закінчив інтернатуру, ординатуру, прослухав курси, які саме та коли ______________________

13. За яким ухилом та на який термін потрібне відрядження______________________

14. Куди саме бажано відрядити на курси______________________

Ленінград,______________________ Москва______________________

15. За чий рахунок відрядження ______________________
16. Короткий перелік своєї лікарської роботи (які операції пробив тощо)______________________

Підпис міськ або райздоровінспектора______________________

Примітка. Ухили для участкових стаціонарних лікарів:

I. Терапевтичний ухил: а) терапія, б) дитячі хвороби, в) нервові хвороби, г) шкіряно-венеричні хвороби, д) лябораторія.

II. Хірургічний ухил: а) хірургія, б) отоляринголотия, в) очні хвороби, г) ортопедія, д) урологія.

III. Акушерсько-гінекологічний ухил: а) акушерство, б) гінекологія, в) охматдит.

Увага. Записуватися на активну роботу можна лише на один ухил.

______________________193______року.

Додаток 3

Розподіл колишніх округ

поміж інститутами для напрямлення на курси, керування роботою по підвищенню кваліфікації лікарів та їхньої підготовки.

Райони колишніх округ

(Згідно з реєстром, що оголошено в газ. „Вісті“ з 5 вересня 1930 р.).

1. Харківський Інститут Удосконалення

1. Харківська	6. Полтавська
2. Артемівська	7. Сталінська
3. Кремінчуцька	8. Сумська
4. Лубенська	9. Водсанупр
5. Луганська	10. МСУ Півд. та Донец. зал.

2. Київський Інститут Удосконалення

1. Київська	6. Конотопська
2. Білоцерківська	7. Проскурівська.
3. Бердичівська	8. Чернігівська
4. Волинська	9. Шевченківська
5. Винницька	10. МСУ Півден.-Захід․ зал.

3. Одеський Інститут Удосконалення

1. Одеська	5. Херсонська
2. АМСРР	6. Уманська
3. Зінов'ївська	7. МСУ Півд.-Захід. зал.
4. Миколаєвська	8. МСУ Катерин. зал.

4. Дніпропетровський Інститут Удосконалення

1. Дніпропетровська	5. Мелітопільська
2. Запорізька	6. МСУ Півд. та Дон. залізн.
3. Криворізька	7. МСУ Катерин. залізн.
4. Маріупільська	

206. Про видання інструкції щодо визнання тимчасової непрацездатности в членів колгоспів

До всіх органів охорони здоров'я.

(*Окремо не надіслано*).

Велике зростання колективізації сільського господарства викликало цілу низку питань у справі охорони здоров'я на селі й зокрема, такі питання, як тимчасове звільнення членів колгоспів від роботи, звільнення членів колгоспів від окремих робіт за станом здоров'я, питання про працю жінок, дітей та підлітків. Такі складні питання в умовах колективного господарства й собі теж викликали цілу низку непорозумінь на місцях і поставило в досить тяжкі умови праці лікарів на селі.

Наркомздоров'я, зважаючи на вищезгадане, розробив „інструкцію про порядок тимчасового звільнення від праці членів колгоспів за медичними показниками“, „інструкцію про звільнення членів колгоспів від окремих робіт відповідно до медпоказників“ та „Положення про працю жінок, дітей та підлітків в колгоспах“.

Через те, що гігієну та патологію праці в сільському господарстві мало вивчено,— неможна ще дати тепер в інструкціях певні вказівки до того або іншого питання, які були б повністю побудовані на науковій базі.

Отже, Наркомздоров'я видає тепер ці інструкції та положення, як тимчасові, які своєчасно виправлятимуться за вказівками життя та науки. Лікарі, маючи це на увазі, повинні вивчати умови сільсько-господарської праці й уважно ставитися до кожного окремого випадку й лише тоді вживати відповідних заходів, коли це дійсно потрібно за станом здоров'я робітника та неможливо використати його на іншій відповідній роботі.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Керівник мед. санітарн. сект. *Кустелян*

(Об. розп. НКОЗ № 325—17 з 27 вересня 1930 р.).

Тимчасова інструкція

про порядок тимчасового звільнення від праці членів колгоспів на підставі медичних показників

Тимчасове звільнення від праці сільгоспоб'єднань провадиться на випадки фізичної неможливости працювати, або, коли продовження праці загрожує значною шкодою для здоров'я хворого. До таких випадків належать: 1) гострі інфекційні захворування, 2) загострення хронічних захворувань, 3) травми й каліцтво професійного і непрофесійного характеру, 4) період видужання після перенесених травм і хвороб, 5) вагітність і пологи, 6) аборт штучний і мимовільний, 7) розлад місячних. Крім цих випадків, звільнення від праці можна переводити з приводу карантину, або потреби догляду хворих членами сім'ї.

По п. п. 1, 2, 3 — звільнення від праці провадиться на підставі встановлених об'єктивних даних наперед до повного видужання за гострих інфекційних захворувань і до припинення гострих явищ за інших. У випадках легких травм слід урахувати, наскільки травма перешкоджає продовженню даної роботи й можливість переводу хворого на іншу роботу. Відпустки підчас травм переважно мусять бути короткотермінові, виходячи з потреби постійного нагляду за ходом загоювання травми. Проте, за цього треба врахувати можливість регулярної явки хворого до лікаря.

По п. 4. Звільнення провадиться на підставі порівнення стану здоров'я хворого з характером його роботи.

По п. 5. Звільнення провадиться на встановлені строки обов'язково після встановлення лікарем строку вагітности, причому бажано направлення вагітної до найближчої консультації. Термін звільнення для вагітних робітниць встановлюється, як мінімум, один місяць до пологів і один місяць після таких.

По п. 6. Відпуск надається на 5 день зі дня операції аборту за нескладного аборту; за ускладненого аборту—залежно від стану здоров'я хворої.

По п. 7. Відпуск надається на ввесь час місячних, якщо останні супроводяться міцними болями, великими і тривалими загубленнями крови.

У випадках потреби в карантині звільнення провадиться на підставі чинних положень.

Звільнення з причин догляду хворих провадиться лише за погодженням питання з адміністрацією об'єднання, враховуючи можливість зміни родин будь якими іншими із непрацюючих членів об'єднання.

Вирішуючи питання про потребу звільнення від будь-якої праці й або встановлення тривалости відпуску, лікарі повинні керуватися не лише списом хвороб, а й станом здоров'я хворого. Тут треба враховувати характер праці хворого, ступінь важкости й шкідливости, умов праці, професійні особливості її тощо. Водночас в умовах колективізованого сільського господарства, де є низка різноманітних, що ще не потребують спеціяльної кваліфікації, робіт, слід завжди мати на увазі можливість тимчасового використання робітників на будь-якій іншій роботі, що відповідає стану його здоров'я на даний час.

Відпуск за тимчасовою втратою працездатности мають право давати лише лікарі, що працюють по установах здоровоохорони, що обслуговують селян або УЧХ (з останніх — лише по установах, що безплатно допомагають). У разі відсутности на місці лікаря відпустки можуть давати й лікпоми, що працюють по установах здоровоохорони, але не більше за 7 день.

Дальший відпуск можуть давати лише лікарі.

Наркомздоров'я УСРР *Канторовіч*

Керівник Мед. Саніт. Сектора *Кустелян.*

(Погоджено: з Наркомземсправ УСРР та з Укрколгоспом)

Інструкція

про звільнення членів колгоспів від окремих робіт, відповідно до медпоказників

Напрямування членів колгоспів на різні види робіт відповідно до їхнього фізичного стану та стану здоров'я, є основне так для зберігання їхнього здоров'я, як і для підвищення продукційности праці. Не зважаючи на те, що більшість сільсько-господарських робіт ще недосить вивчено з погляду санітарії і не має ще санітарних характеристик, — все ж таки вже тепер є потреба й можливість згрупувати найголовніші сільсько-господарські роботи за їхніми основними шкідливостями й накреслити відповідні протипоказники. Вищезазначене згрупування не є остаточним й повним, але його можуть використати, як орієнтовне, сільські лікарі, розв'язуючи питання про найдоцільніше використання праці членів колгоспів відповідно до стану їхнього здоров'я.

Назва роботи	Протипоказники
I. Важка фізична праця, підіймання значної ваги. 1) Трієровка збіжжя, 2) Возовиця снопів (подавання на віз). 3) Возовиця гною. 4) Складання скирд. 5) Робота із збіжжям на молотьбі.	1. Усі кили. 2. Волючі кили білої лінії. 3. Поширення синьожил із поразками, з набряклістю. 4. Опусти нутрощів (повно виявлені). 5. Випадіння прямої кишки (повне). 6. Випадіння уразу та піхви 7. Опусти уразу та піхви із втяженням січового пухиря. 8. Органічні хвороби серця з несталою компенсацією. 9. Туберкульоза легенів субкомпенсована чи з нахилом до кровохаркання. 10. Емфізема легенів, яскраво виявлена анатомічно й функціонально. 11. Кам'яна хвороба печінки та нирок. 12. Виразка шлунку з нахилом до кровотечі та загострення. 13. Запалення жіночих статтєвих органів із нахилом до загострення. 14. Після черевних операцій протягом 2 місяців.
II. Праця у змушено-зігнутому стані тіла. 1) Посадка грядовини. 2) Полівка. 3) В'язання снопів. 4) Збирання врожаю грядовини 5) Робота серпом,	Усі пакти, що і в попередньому розділі. Увага. Кили лише великі та невправні.
III. Праця, що зв'язана з довгочасною ходьбою 1) Оранка. 2) Боронування. 3) Праця з культиватором. 4) „ з катком. 5) Сіянка.	Усі пакти, що в першому розділі, 1) Артрити суглобів ніг з нахилом до частого загострення. 2) Обмеження рухомости (контрактури, що викликають більш за ходіння. Увага. Кили лише великі та невправні.
IV. Праця, що вимагає напруження м'язневої роботи із швидкими та координованими рухами. 1) Ручна косовиця 2) Барабанщики (на молотарці) 3) Подавальники.	Усі пакти, що в першому розділі. 1) Запалення та обмеження суглобів, м'язів та сухожилля. 2) Розвинена істерія та неврастенія (на молотарці). 3) Значне пониження слуху та зору (на молотарці). Увага. Кили лише великі та невправні.

Назва роботи	Протипоказники
V. Праця в порошливому повітрі: 1) Уся робота на молотарці. 2) Віялка. 3) Обробка прядива.	1) Туберкульоза легенів та плеври. 2) Яскраво виявлена емфізема. 3) Бронхіяльна астма. 4) Яскраво виявлений поширений хронічний бронхіт. 5) Після запалення легенів протягом двох місяців. 6) Уперті кон'юнктивіти та блефарити
VI. Праця в умовах вогкости та холоду. 1) Оранка. 2) Боронування. 3) Возка гною. 4) Сіяння. 5) Копання буряків. 6) Замочування прядива та витягування.	1) Хронічні й підгострі артрити, що часто загострюються. 2) Нефрити та нефрози. 3) Запалення січевого пухиря. 4) Туберкульоза легенів (суб-компенсован.). 5) Невральгії та неврити (різко виявлені).
VII. Праця, що з'єднується з трясінням (трактор)	1) Туберкульоза легенів з нахилом до кровотечі. 2) Великі та невправимі кили. 3) Кам'яна хвороба печінки та нирок. 4) Спондиліти. 5) Випадіння прямої кишки. 6) Хвороби очеревини, 7) Вирізка шлунку. 8) Значний опуск нутрощів. 9) Запалення й опуски тазових нутрощів у жінок.
VIII. Праця, що з'єднується з можливістю отруїння. (Вживання отрут при боротьбі зі шкідниками).	1) Туберкульоза легенів. 2) Хвороби нирок. 3) Яскраво виявлене недокрів'я. 4) Розвинені форми істерії та неврастенії.

IX. Крім цих, так кажучи, специфічних протипоказань, звільняючи від роботи за станом здоров'я, треба керуватися порівняною тяжкістю окремих робіт, спис яких зараз орієнтовно подаємо:

А. Тяжкі роботи: 1) ручна косовиця, 2) барабанщик на молотарці, 3) подавальщик на молотарці, 4) складання скирд, 5) накидання гною на віз, 6) переноска значної ваги, 7) косовиця лобогрійкою, 8) трієровка, 9) посів сівалкою, 10) усяка нічна фізична робота.

Б. Робота середньої тяжкости: 1) копка гряд, 2) полівання огороду, 3) ручний посів, 4) оранка, 5) полівка сапкою, 6) жнива та в'язання снопів, 7) складання снопів, 8) копання буряків, 9) садіння городини, 10) косовиця жаткою. 11) робота на тракторі та складних машинах, 12) робота на гідропульті, 13) доїння корів, 14) прання білизни.

В. Легкі роботи: 1) погоничі, 2) боронування, 3) каткування, 4) згребіння колосків та сіна. 5) обробка прядива, 6) підпаски, 7) прибирання двору, 8) охорона садів, поля та городів, 9) догляд за худобою, 10) робота на кухні.

Наркомздоров'я *Канторовіч*

Керівник сект. медобслуговування *Куствлян*

(*Погоджено: з НКЗемсправ з Укрколгоспом*)

Положення

про працю жінок, дітей та підлітків у колгоспах.

1. Для усіх жінок забороняється робота:

а) ручна косовиця, б) на барабані молотарки.

2. Для вагітних жінок, крім вищезазначених, забороняється з моменту об'єктивного виявлення вагітности такі роботи:

а) складання стогів, б) робота з гноєм, в) переноска ваги, г) подавання снопів, д) фізичний труд вночі, е) робота на тракторі, ж) витягання пряжі з води.

3. Від усякої роботи жінка звільняється на один місяць до пологів та на один місяць після пологів.

4. Матері, що мають немовлят, також звільняються від нічної роботи а, крім того, їм надається підчас роботи перерва через кожні три години протягом півгодини для годування немовлят.

5. Діти до 14 років можуть працювати лише, як учні на легких роботах.

Наркомздоров'я *Канторович*

Керівник медично-саніт. сект. *Кустелян*

(Погоджено з НКЗемсправ та Укрколгоспом)

207. Про ознайомлення лікарів лікпрофустанов із виробництвом

До всіх окрздоровінспектур та райздоровінспектур промислових районів *).

Наркомздоров'я пропонує вжити заходів щодо сприяння лікарям лікпрофустанов, що обслуговують великі промпідприємства, ознайомитись з умовами праці на цих підприємствах, з окремими шкідливими виробництвами тощо.

Зокрема треба встановити обов'язковість відвідування підприємств для лікарів, що безпосередньо обслуговують робітників.

Для цього, залежно від місцевих умов пропонується встановити пляном декілька годин на певний період в час урочної роботи лікарів для відвідування підприємств. Плян відвідування промпідприємств лікарями поліклініки складає промсанлікар спільно з головлікарем поліклініки.

Ознайомлення лікарів з підприємством покласти на промсанлікарів.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

За кер. лік. проф. групи *Корженевський*

Інспектор профзахворувань *Ерман*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 325-10 з 5 вересня 1930 р.).

208. Про переведення оздоровної дитячої кампанії взимку

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад

Одним із дефектів оздоровної дитячої кампанії є те, що всі оздоровні заходи набувають характер кампанії. На кінець літа, звичайно, згортаються всі оздоровні установи. Проте, щоби мати дійсний ефект від того, або іншого заходу, дуже важливо, щоби й взимку не згубити літніх успіхів. НКОЗ не раз давав вказівки про потребу н взимку переводити оздоровні заходи, але й до цього часу, за винятком декількох міст, нічого не зроблено.

*) Обіжник надіслано 5 вересня 1930 р.

Організація гарячих сніданків по школах соцвиху, зокрема по школах ФЗУ, ще кволо проходить, навіть можна сказати, що по школах ФЗУ ще не розпочалась. Тому, НКОЗ звертає вашу увагу, аби взимку 1930 року добитися рішучого перелому в розгортанні зимніх оздоровних заходів.

Цю роботу треба переводити у такий спосіб:

1) Міжвідомча комісія оздоровлення праці та побуту дітей повинна працювати й взимку.

2) Гарячі сніданки треба організувати не лише по школах соцвиху, а й по школах ФЗУ, притягаючи до цього гроші самих підлітків.

3) При школах соцвиху треба організувати зимові оздоровні майданчики з фізкультурою, гарячими сніданками, переводити відпочинок на вільному повітрі тощо.

4) Про школах організувати санаторні установки, себто виділити групу слабих дітей (30—50 чол.), забезпечивши їх не менш, як по два сніданки о першій та другій зміні, улаштувати відпочинок після їжі на повітрі з фізкультурою тощо.

5) Організувати дні відпочинку—вихідного дня школярів старшого концентру та підлітків, організувати спеціяльну установу, де школярі та підлітки змогли б раціонально використати свій вихідний день. Там треба надати їм харчування, організувати відпочинок на вільному повітрі, а також пристосувати різні види фізкультури до того чи іншого сезону (ковзанки, лижви тощо). Для організації таких установ теж треба притягти кошти батьківських комітетів та самих підлітків.

Цього року, кінець-кінцем, треба розпочати зимову оздоровну роботу, для організації якої є всі можливості, наслідком яких буде зміцнення стану здоров'я дітей та підлітків.

Наркомздоров'я *Канторович*

Заст. Наркомздоров'я кер. медсансектора *Кустелян*

(Об. розп. НКОЗУ з 2 вересня 1930 р.)

209. Про посилення сандогляду установ Соцвих'у.

До всіх Р. В. К., міськрад та до всіх завідателів установ соцвих'у й шкільних лікарів.

Матеріяли, що є в НКЗдоров'я та в НКОсвіті, говорять за те, що санітарний стан установ Соцвих'у незадовільний.

Приміщення цих установ в більшості тісні, часом непристосовані й малопридатні для установ, тим то й важко додержувати в них елементарних санітарних норм.

Особливо гостро стоїть справа санітарного стану в школах тепер, коли число таких приміщень збільшилось і коли доводиться працювати в приміщеннях 2—3 змінам. Це вимагає від НКО та НКОЗ посилити заходи щодо сандогляду та виконання в установах Соцвиху правил санітарного розпорядку.

Щодо посилення сандогляду, то це покладається на лікарів в установах Соцвиху, Треба точно й чітко додержувати права тих лікарів та обов'язків їх відповідно до постанови ВУЦВК'у й РНК УСРР з 19 грудня 1924 р. (Збір. Узакон. УСРР 1924 р.) та інструкції НКОЗ в розвиток цього закону від 24 лютого 1925 року (наказ ґ. 6).

Поруч з цим треба по можливості домагатися зменшити норму обслуговування дітей лікарем ОЗД в школах, встановлюючи обслуговування одним лікарем не більш 100 школярів.

Кожна установа Соцвих'у мусить суворо додержуватись правил санітарного розпорядку, щодо цього додаються.

Відповідальність за додержання цих правил покладається на завідателів установ Соцвих. На лікарів цих установ покладається стежити за виконанням адміністрацією установ Соцвих правил санітарного розпорядку й про порушення їх повідомляти інспектору Охорони Здоров'я та чинити відповідно до нот. 5 — 6 розділу II (Права й обов'язки лікаря) постанови ВУЦВК'у й РНК від 19 грудня 1924 р. „Про державну організацію охорони здоров'я дітей (Збір. Узак. УСРР 1924 року).

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян.*

Заст. Наркома Освіти *Кузьменко.*

(Об. розп. НКОЗ та НКО ч. 332—10/14—з 8 жовтня 1930 р.).

Правила санітарного розпорядку в установах Соцвиху.

А. Школи.

З метою встановлення та підтримання по школах відповідного санітарного стану і охорони їх від гострих інфекційних хороб, треба:

1. Щодня прибирати шкільні приміщення навохко (тирсою), обмітати як стіни, так і карнізи. Місця загального користування, цебто коридори, їдальні та вбиральні треба прибирати після кожної зміни.

2. Після закінчення шкільних занять — клясні кімнати ретельно прибирати, підлогу вимити, порох з шафів, віконниць та парт витерти як зовні, так і всередині.

3. В перерві між змінами клясні кімнати теж підмітати навохко (тирсою) і обов'язково витирати парти і вичищати скриньки для сміття. Підчас цієї приборки добре вентилювати приміщення — відчиняти вікна тощо.

4. За годину до початку занять приміщення школи добре вентилювати — відчиняти вікна тощо. Якщо в вікнах є фромуги, їх треба на ввесь час занять відчиняти, якщо їх немає, то відчиняти кватирки.

Підчас перерв між змінами — добре провітрювати клясні кімнати.

Після загального користування: коридори, їдальні та убиральні обов'язково вентилювати підчас занять.

5. Прибирати убиральні обов'язково після кожної зміни навохко, а також вимивати чашки та пісуари.

Згідно з розпорядженням шкільного лікаря убиральню дезодерувати та дезінфекувати. Чашки та пісуари двічі на декаду протирати як зовні. так і всередині.

Убиральні на подвір'ї щоденно прибирати, стіни побілювати не менш одного разу на тиждень, ями засипати землею або заливати розчином вапни.

6. Якщо відвідують школу дорослі (курси лікнепу, робтехнікум тощо), то для них виділити окрему убиральню. Якщо це неможливо, обов'язково прибирати та дезінфекувати кожного разу після того, як закінчаться заняття з дорослими.

7. Суворо забороняється користуватися приміщенням їдальні для будьякої іншої мети.

8. Їдальню прибирати навохко и провітрювати після кожного снідання та обіду. Настільну церату мити, а посуд кип'ятити, а якщо це неможна, то обов'язково обливати гарячою водою.

9. Персонал. що працює у кухні, а також по їдальнях обов'язково мусить носити халати, які змінювати не менш, як двічі на декаду.

10. Для зберігання харчів, посуду та іншого приладдя їдальні виділити спеціяльне закрите приміщення.

11. Суворо забороняється користуватися оцинкованим посудом, а також емальованим з оцинкованим дном.

12. Мідні кастрюли лудити за потребою і не припускати, щоб полуда мала б щілини. Обов'язково щодня прибирати й мити підлогу, а також не менш одного разу на декаду підбілювати стіни та карнізи (якщо стінки не пофарбовано масляною фарбою).

13. Школярі повинні ходити до школи чисто та акуратно одягнуті.

14. Верхній одяг — пальто, капелюхи, шарфи, хустки, калоші тощо залишати обов'язково по роздягальнях.

Калоші зберігати в окремих мішках.

15. Якщо школяр не відвідує школу більш 3 день, батьки повинні сповістити школу про причини невідвідування.

16. Суворо забороняється відряжати до школи хорих та недужих дітей.

17. В школі діти повинні за можливістю носити халати й після закінчення занять залишити їх там же.

18. Якщо в родині школяра з'являються інфекційні хороби, то школяр і його сім'я не мають права приходити до школи, коли не має на це згоди санлікаря.

Про наявність інфекцій в сім'ї треба негайно сповістити школу.

Б. Установи з інтернатами.

Установи соцвиху з інтернатами мусять додержувати правил санітарного розпорядку, встановленого для шкіл. Крім того, в цих установах треба додержувати такого:

1. Прийом сторонніх відвідувачів організувати так, щоби вони не проходили через інтернат і з дітьми не стикалися в інтернаті.

2. Обов'язково виділити приміщення для тимчасової ізоляції (карантин) новичків, що вступають до інтернату, а також і дітей, що повертаються після перерви до установи. якщо нема довідки від санлікаря, що в родині таких дітей нема інфекційних захворувань, Обов'язково виділити приміщення для ізолятора - стаціонар, що до нього вміщається дітей з підвищеною температурою до вияснення характеру захворування.

3. До ізолятора прикріпити окрему вбиральницю (медичну доглядачку) категорично заборонити їй виконувати іншу роботу в інтернаті, оскільки вона обслуговує дітей підозрілих на інфекційні захворування.

(До обіжного листа НКОЗ та НКО з 8 жовтня 1930 р.).

210. Про місячник фонду допомоги матері-селянці

Всім секціям охорони здоров'я міськрад, всім райздоровінспекторам, для всіх консультацій охматдиту. Копія НКОЗ АМСРР*)

Фонд допомоги матері-селянці підчас вагітности та пологів набуває все більшого економічного та політичного значіння.

Між тим, не вважаючи на майже 2 роки, що пройшли зо дня видання Урядом закону про організацію цього фонду, останній залишається в цілком незадовільному стані.

Багато райвиконкомів, кооперативних та громадських організацій не виконали постанови Уряду від 10-XI-28 р. щодо відрахувань коштів до фонду, СТВ та органи здоровоохорони на місцях недостатньо зосередили громадську думку навколо фонду та не брали участи в використанні зібраних коштів.

Не звєжаючи на те, що 14 січня ц. р. Секретаріят ВУЦВК'у вдруге запропонував так центральним, як і місцевим організаціям вжити низки практичних заходів щодо зміцнення фонду, секретаріят ВУЦВК'у 2 серпня втретє констатував відсутність достатньої активности місць та низку викривлень щодо використання коштів фондів.

Такому ставленню до важливішого політичного та практичного заходу Уряду треба покласти край.

З 1 листопаду по 1 грудня 1930 р. ВУЦВК затвердив перевести по Україні місячник допомоги матері-селянці, причому 40% зібраних коштів будуть витрачені на організацію пологових ліжок при лікарських амбуляторних в соціялістичному секторі села.

Наркомздоров'я пропонує вам взяти найактивнішу участь в цій кампанії. Підчас місячника треба:

1) популяризувати фонд серед найширших кіл сільського жіноцтва, на зборах, в пресі тощо та сприяти матеріяльному ефекту місячника.

2) перевірити виконання місцевими радянськими, кооперативними та громадськими організаціями директив Уряду щодо фонду;

3) перевірити, чи витрачались кошти за прямим призначенням та виправити всі хиби;

4) ліквідувати заборгованість фонду з місцбюджету та інш. організацій;

5) організувати постійне шефство робітників, особливо робітниць підприємств, над сільськими фондами допомоги матері-селянці.

Про переведену роботу та наслідки місячника повідомте охматдит Наркомздоров'я.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*
Інспектор охор. материнства *Ліхтман*

(Об. розп. НКОЗ ч. 32913—14 з 17 жовтня 1930 р.).

*) Надіслано місцям 17 жовтня 1930 р.

211. Про порядок підготовних робіт щодо медично-санітарного будівництва на 1931 р. та подання звітів про хід будівництва.

До всіх рзйвиконкомів, міськрад, медсанупрів. Копія до НКОЗ АМСРР.

(*Окремо не надсилався*)

В зв'язку з ліквідацією округ, та щоб упорядкувати медично-санітарне будівництво й забезпечити нормальний перебіг підготовних робіт до будівельного сезону 1931 року, Наркомздоров'я встановлює такий порядок подання до пляново-будівельного бюра НКОЗ матеріялів, щодо медично-санітарного будівництва:

1) Одержавши від НКОЗ пляни централізованого медично-санітарного будівництва на 1931 рік на території Райвиконкомів (Міськрад), або діставши повідомлення про згоду НКОЗ на участь в тій або іншій мірі у фінансуванні мед. сан. будівництва, що його в основному провадитиметься на місцеві кошти, відповідні РВК, або міськради повинні негайно в термін, що в кожному окремому випадкові його спеціяльно встановлює НКОЗ, розпочати складання програму завдань на проєктування, а також до вибору та відводу дільниць для накресленого будівництва медично-санітарних установ.

2. Всі роботи щодо пророблення завдань, вибору і відводу ділянок під медично-санітарне будівництво РВК та міськради повинні провадити так, щоб ці роботи строго відповідали інструкціям НКОЗ;

а) „В справі пророблення, складання та подання до НКОЗ програм завдань на проєктування медично-санітарних закладів":

б) „В справі вибору дільниці під будівництво медично-санітарних закладів" (*Інструкції до цього додаються*)

3. У випадках, коли це викликається обставинами, НКОЗ дає місцям консультаційну допомогу в питаннях вибору ділянки для чого командирує компетентну комісію з фахівців, яка спільно з представниками місцевих організацій остаточно вирішує питання про вибір ділянки.

4. Щоб спростити складання програму завдань для проєктування медично-санітарних установ, НКОЗ рекомендує широко використовувати типові проєкти медично-санітарних закладів, що їх вміщено в альбомі шкіцевих проєктів заклад.в охорони здоров'я, що його видав НКОЗ*), а також ті проєкти, за якими НКОЗ вже провадив будівництво в районі, або місті.

5. Остаточно склавши програму завдань і провівши вибір ділянки, РВК, або міськради повинні надіслати до плян. буд. Бюра НКОЗ в 2 примірниках такі матеріяли:

а) Програм завдань на проєктування, що його ствердила президія РВК, або міськрада.

б) Ситуаційний плян місцевости або залюдненого пункту з занесенням на ньому країн світу, напряму вітрів, наявної водогонної та каналізаційної мережі та шляхів сполучення.

в) Плян дільниці в горизонталях через 0,5 — 1,0 м. з нанесенням країн світу, наявних на ділянці будівель, водогінної та каналізаційної мережі за підписом особи, що відповіді дає за правильність пляну.

г) Копію акту комісії міськради або РВК про вибір дільниці.

д) Копію постанови РВК або міськради про вивласнення дільниці.

е) Довідку маркшейдерського бюра (якщо це на території розробок) про те, що воно не суперечить проти будівництва на зазначеній дільниці.

ж) Постанову РВК або міскради про ствердження пляна будівництва, якщо це будівництво не централізоване.

Увага. Ненадіслання в строк, що призначив НКОЗ, вищезазначених матеріялів викликає:

а) для централізованого будівництва — зняття з пляну будівництва.

б) для місцевого будівництва, що його фінансує НКОЗ, припинення фінансування та відпуску дефіцитних будматеріялів.

6. Всі програми завдань так на централізоване, як і на місцеве будівництво, що його фінансує НКОЗ, обов'язково підлягають затвердженню пляново-будівельного Бюра НКОЗ.

7. Все проєктування централізованого будівництва провадитиме Головпроєкт або інші проєктні організації під безпосереднім керівництвом плян.-буд. бюра НКОЗ в Харкові. Проєктування медсанустанов, будівництво яких провадиться на місцеві кошти або фінансується НКОЗ частково, провадять місцеві державні проєктові організації за угодами з РВК'ами

*) Цей альбом можна придбати в видавництві „Наукова Думка" в Харкові—(Ред.).

або міськрадами за затвердженими НКОЗ завданнями, причому саме будування припускається лише після затвердження НКОЗ самих проєктів. Рисунки їхні з пояснювальними до них записками належить подати до НКОЗ в 3 примірниках.

8. Будівництво всіх інших медсанустанов, що їх будують на місцеві кошти без участи коштів НКОЗ, може провадитися і без попереднього затвердження НКОЗ завдань і проєктів, якщо вартість цього будівництва не перевищує 50,000 крб. Медсанбудівництво ж на місцеві кошти, яке хоч й не фінансує НКОЗ, але вартістю понад 50.000 крб., підпадає під чинність п. п. 6 та 7 цього обіжника.

Примітка, 1) Встановлення такого порядку затвердження проєктів викликається відсутністю на місцях досвідних фахівців в галузі медично-санітарного будівництва.

2) Щодо дрібного місцевого будівництва вартістю до 50.000 крб., що його не фінансує НКОЗ, плян. буд. бюро НКОЗ надає по ньому лише консультаційну допомогу.

9. Затвердження проєктів, НКОЗ провадить, як правило, за безпосередньою участю зацікавлених РВК'омів, або міськрад.

10. Про порядок складання угод з будорганізаціями на централізоване мед. сан. будівництво буде повідомлено додатково; на мед. сан. будівництво, що його провадять на місцеві кошти, а також і на ті, що його фінансує НКОЗ лише частково, угоди з будівельними організаціями складають безпосередньо РВК, або міськради.

11. На фінансування медично-санітарного будівництва так централізованого як і місцевого за участю коштів Наркомздоров'я, НКОЗ складає з райвиконкомами, або міськрадами відповідну угоду про фінансування цього будівництва.

12. Заявки на дефіцитні будматеріяли, що розподіляються в централізованому порядкові, а саме: цемент, балки (трями) залізні, залізо сортове та дахове, цвяхи, катанка, ліс круглий та пиляний, рури чавунні та залізні, оліфа, віконне шкло, цегла, матлажські плитки, етерніт та толь, — НКОЗ складає та подає до відповідних організацій безпосередньо. Райвиконкоми ж або міськради повинні лише надіслати до плян. буд. бюра НКОЗ не пізніш 15 листопада ц. р. докладний перелік об'єктів децентралізованого будівництва та капітальних ремонтів, що їх передбачається перевести 1931 року за пляном та за рахунок місцевих коштів за такою формою:

Назва району та об'єктів будівництва	Нове будівництво				Будівництво що закінч.		Капітальний ремонт		Примітка
	Орієнтовна вартість в тис. крб.	Характер будівлі (кам'яне, дерев'яне)	Сума асигнувань в 1930-31 р. в тис. крб.	Орієнтовна куб. в куб. метрах	Вартість незакінчених робіт в тис. крб.	Характер робіт	Вартість робіт	Характер робіт	

Примітка. 1) Такі таблиці райвиконкоми, або міськради подають на будівництво та капітальний ремонт, що їх провадитиметься на місцеві кошти, незалежно від того, чи фінансує ці роботи НКОЗ чи ні.

2) На капітальні ж ремонти, крім цього, РВК або міськради подають докладні специфікації потрібних дефіцитних матеріялів за вищезазначеною номенклатурою НКОЗ.

3) Заявки на всі інші будматеріяли відповідні РВК або міськрадинадсилають безпосередньо до постачальних організацій.

13. Розподіл контингентів дефіцитних будматеріялів по окремих об'єктах провадить НКОЗ в межах відпущених йому контингентів, повідомляючи про це РВК та міськради.

14. Всім РВК і міськрадам, на території яких провадиться будівництво медично-санітарних установ вартістю понад 50.000 крб. належить подавати до плян. буд. бюра НКОЗ щомісяця 5 та 20 числа, починаючи з часу одержання обіжника, відомості про стан і хід будівництва за встановленою формою.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Голова плян. буд. бюра *Довбищенко*

(Об. розп. НКОЗУ з 19 вересня 1930 р.)

Інструкція

в справі опрацювання, складання та подання до Наркомздоров'я програм завдань для проєктування медично-санітарних закладів

I. Загальні засади

1. Усякі заявки на будівництво медично-санітарних закладів, що їх здійснюється цілком або частково за рахунок централізованих кредитів (держбюджет, фонди меддопомоги, спеціяльні фонди), що їх подають райвиконкоми, міськради, наукові заклади до НКОЗУ, повинні бути точно обґрунтовані детально пророблениими даними, що свідчать про: потребу будівництва, що його накреслено характер, обсяг та черговість його; орієнтовну вартість, джерела та плян фінансування будівництва; придатність із санітарного та санітарно-технічного боку обраної під будівництво дільниці; плян використання після збудування існуючих будівель.

2. До опрацювання програму завдань для проєктування медично-санітарних закладів треба якомога ширше притягати відповідні радянські установи (секції охорони здоров'я міських та селищних рад, сільради тощо), професійні організації, страхкаси, комісії в справі поліпшення побуту робітників, ради соц. допомоги тощо.

Крім вищезазначених установ, до пророблення та обговорення програм завдань треба обов'язково притягати представників місцевої санітарної організації, головних лікарів закладів охорони здоров'я, окремих робітників охорони здоров'я та техників-фахівців у галузі будівництва медично-санітарних закладів.

Після остаточного пророблення програму завдань для проєктування медично-санітарних закладів останні до подання їх до Наркомздоров'я повинні затверджуватися президією РВК або міськради.

Увага. В разі збудування наукових закладів, треба програм завдань для проєктування зазначених установ подавати для апробації до Медичної Ради при НКОЗУ.

3. В разі збудування великих медично-санітарних або наукових закладів для переведення робіт у справі пророблення програму завдань для проектування їх, доцільно утворювати спеціяльні будівельні комісії або комісії сприяння будівництву.

4. Програм завдань для проєктування медично-санітарних закладів треба складати з завдань суто-спеціяльного характера, що виникають з призначення накресленого для проєктування об'єкта медично-санітарного будівництва (спеціяльні завдання) та завдань суто-санітарного та санітарно-технічного характера (норми, санітарна оцінка дільниці, водопостачання, каналізація тощо).

II. *Завдання суто-спеціяльного характеру повинні висвітлювати такі питання:*

1. Перелік, перепускну спроможність та санітарро-технічний стан існуючих медично-санітарних закладів.

2. Район обслуговування та кількість населення (за соціяльним, статтєвим, національним, віковим та професійним станом), що підлягатиме до обслуговування медично-санітарних установ. Кількість активно-застрахованих.

3. Характер промисловости, перспективи розвитку її та росту робітної сили; перспективи розвитку в районі обслуговування будівництва колгоспів, соціялістичних міст тощо.

4. Показники забезпечености району обслуговування різними видами лікувально-профілактичної, профілактичної та санітарної допомоги (амбуляторна, стаціонарна тощо).

5. Дані, що свідчать про роботу існуючої мережі: кількість первісних та повторних амбуляторних хворих, пересічна навантага на одного лікаря, кількість годин роботи, можливість поширення; загальна кількість із підрозділом за окремими фахами; пересічна кількість зайнятих ліжок; відсоток відмовлення хворим; пересічна кількість днів перебування хорих у лікарні.

6. Стан забезпечення житлом персоналу медично-санітарних установ.

7. Найголовніші дефекти в справі теперішнього обслуговування меддопомогою населення та характер потрібних заходів щодо правдивої організації справи охорони здоров'я в районі обслуговування.

8. Плян використання існуючих будівель та реорганізації справи охорони здоров'я після введення до експлоатації медично-санітарного закладу, що його накреслено до збудування.

Крім цих даних, що висвітлюють теперішній стан справи охорони здоров'я в певному районі, до програму завдань для проєктування медично-санітарних закладів треба занести детальні дані, що висвітлюють:

1) призначення медично-санітарного закладу, що його накреслено до збудування; район обслуговування;

2) загальний обсяг будівництва, перепускна спроможність закладу, щб його накреслено для проєктування в цілому. та окремих частин або віддалень зокрема;

3) перелік усіх окремих елементів, що їх потрібно запроєктувати та розподіл їх по окремих корпусах;

4) функціональне поув'язування між окремими елементами будівництва;

5) орієнтовні штати медично-санітарного закладу, що його передбачено для проєктування;

6) початок будівництва, черговість виконання окремих елементів будівництва;

7) забезпеченість місцевими будівельними матеріялами;

8) орієнтовна вартість будівництва, джерела та календарний плян фінансування;

9) джерела утримання медично-санітарного закладу після введення його до ксплоатації.

III. Санітарні та санітарно-технічні завдання для проєктування медично-санітарних закладів повинні висвітлювати такі дані:

1) Санітарну характеристику залюдненого пункту та району обслуговування, в якому накреслюється медично-санітарне будівництво, при чому зазначаються найбільш типові особливості їх, а саме:

а) детальна санітарна оцінка дільниці, що її обрано під будівництво медично-санітарного закладу;

б) докладні матеріяли про можливість шкідливого впливу існуючих підприємств або передбачених до збудування в майбутньому, та інших чинників (багнища, залюднені пункти, звалки, рух тощо) на медично-санітарні заклади, що їх передбачено до будівництва.

в) напрямок пануючих вітрів за даними найближчої метеорологічної станції за декілька років (*бажано щомісячно*);

г) характеристику шляхів сполучення; віддаленність від залізничої станції, пристані, найближчих великих залюднених пунктів, що увіходять до району обслуговування;

д) дані про наявність або відсутність підземних розробок на дільниці, де передбачається будівництво медично-санітарного закладу, або навколо неї;

е) матеріял щодо стану водопостачань залюдненого пункту, де передбачається будівництво;

ж) матеріяли про існуючу систему збирання. переховування, вивозу та унешкідненння спадних вод і покидів у залюдненому пункті, де передбачається будівництво, та в існуючих медично-санітарних закладах;

з) матеріяли про характер ґрунту (*за даними шурфування*), на дільниці, де передбачається збудувати медично-санітарний заклад; глибина знаходження підземних вод, промерзання ґрунту, наявність насипного або багатого органічними речовинами ґрунту:

і) матеріяли про наявність зелених садінь; можливість включити їх до захисної зони медично-санітарних закладів або використання їх для заходів широко-оздоровного характеру.

2) Дані про природній та механічний рух населення за низку років (народження, смертність, приріст, плинність населення), перспективи росту населення.

3) Епідемічна та інфекційна захворуваність населення за декілька (*можливо більше*) років.

4) Дані про загальну захворуваність населення на травматизм.

5) Найспецифічніші санітарні дефекти та особливості даного району (загально-санітарний стан, житлова та комунальна справа тощо).

Крім цих даних, що мають загальне санітарне значення, до програму санітарних завдань треба включити конкретні дані, що висвітлюють:

а) орієнтовне бажане розміщення на території дільниці окремих будівель, що їх передбачено до збудування до першої черги, або гадається збудувати в майбутньому;

б) питання щодо водопостачання, каналізації, системи очищення та місця спуску спадних вод медично-санітарного закладу, що його передбачається збудувати; можливість забезпечити водою будівництво;

в) питання щодо збору, переховування та унешкіднення бруду та покидів;

г) питання щодо утворення зони санітарної охорони медично-санітарного закладу, передбаченого для проєктування, при чому зазначаються межі зони та накреслюється потрібний режим.

Заст. Наркомздоров'я УСРР *Кустелян*

Голова плян. буд. бюра *Довбищенко*

Житлово-саніт. інспектор *Суєтін*

Інструкція

в справі вибору дільниці під будівництво медично-санітарних закладів

(Окремо не надіслано)

I. Загальні засади

1. Вибір дільниці під будівництво медично-санітарних закладів уявляє собою початковий, найвідповідальніший етап будівельного процесу, що вимагає зосередження на ньому найсерйознішої уваги.

2. Одержавши повідомлення від НКОЗУ про занесення до пляну будівництва в даному районі або залюдненому пункті будівництва медично-санітарного закладу або, в разі вирішення міськрадою—райвиконкомом, розпочати будівництво будьякого медично-санітарного закладу за рахунок коштів місцевого бюджету та інших місцевих джерел, потрібно утворювати при відповідній міськраді, селищній раді або райвиконкомі та належністю спеціяльні комісії сприяння будівництву медично-санітарних закладів. Комісії утворюються у складі: представника міськради, селищної ради або райвиконкому за належністю, міського або районного інспектора охорони здоров'я, санітарного лікаря, представника від профспілок, представників комунальної, земельної секції та секції охорони здоров'я або санітарної комісії, місцевого інженера або техніка. На зазначену комісію покладається вибір дільниці під будівництво медично-санітарного закладу, проробка програму будівництва, догляд ходу будівництва медично-санітарних закладів у даному районі або залюдненому пункті та сприяння цьому будівництву.

Увага. До складу комісії, в разі потреби, можна притягати і інших представників.

3. Одним із першорядних завдань комісії є вибір дільниці під будівництво медично-санітарного закладу.

Комісія в повному складі повинна зробити огляд дільниць у натурі, що їх попередньо накреслено відвести під будівництво медично-санітарнис закладів. і після огляду кожної дільниці повинна скласти докладний акт огляду, зазначивши в ньому всі позитивні та негативні властивості даної дільниці.

4. Як правило, в акті треба зазначити площу дільниці. характер рельєфу місцевости, ґрунту, відсутність близько від садиб багнищ. звалок, підприємств, що можуть шкідливо впливати на майбутнє медично-санітарні заклади, в разі будівництва їх на даній дільниці наявність здатних шляхів сполучення з залюдненими пунктами, населення яких заклад обслуговуватиме, відомості про напрямок пануючих вітрів, можливість забезпечити водою так будівництво, як і майбутній медично-санітарний заклад, питання щодо системи очищення спадних вод та місця спуску спадних вод, питання щодо забезпечення електрикою.

5. Якщо на обраній дільниці під будівництво медично-санітарного закладу у теперішній час провадяться або, можливо, провадитимуться підземні розробки, — до складу комісії обов'язково треба ввести представника маркшейдерівського бюра й до акта обов'язково треба додати офіційну довідку маркшейдерівського бюра про відсутність будьяких заперечень з їхнього боку проти будівництва медично-санітарного закладу на обраній дільниці.

6. Крім цього, потрібно погодити з відповідним трестом або рудоуправою питання про те, що в районі, де накреслюється будівництво медично-санітарного зекладу, протягом найближчих років не передбачається закладки шахт, будівництва кокусових печей та інших споруджень, що їх близкість до медично-санітарного закладу може негативне впливати на останній.

7. Якщо будівництво медично-санітарного закладу накреслюється в залюдненому пункті, що його передбачається переплянувати, або коли будівництво медично-санітарного закладу передбачається в районі будівництва нового міста, комісія повинна погодити місце будівництва медично-санітарного закладу з відповідною організацією, що провадить роботу в справі складання проєкта плянування або переплянування залюдненого пункту.

Увага. Якщо на місці неможна ув'язати це питання, треба про це повідомити Наркомздоров'я

8. Зважаючи на виключну важливість правильного вибору дільниць під будівництво медично-санітарних закладів, а також щоб притягти увагу радянського суспільства до питань медично-санітарного будівництва, дуже потрібно, щоб питання про добір дільниць та будівництво медично-санітарних закладів було поставлено на широке обговорення професійних організацій та зібрань робітників.

9. Закінчивши роботу в справі вибору дільниці, комісія повинна доповісти міськраді' селищній раді або райвиконкому за належністю, яка остаточно розв'язує питання про вибір дільниці й складає постанову про закріплення цієї дільниці під будівництво медично-санітарних закладів.

10. В разі на місцях виникнуть труднощі у справі вибору дільниць під будівництво медично-санітарних закладів, треба звертатися до пляново-будівельного бюра НКОЗУ по консультаційну допомогу.

11. Після того, як президія міськради, селищної ради або райвиконкому закріпила дільницю під будівництво медично-санітарного закладу, комісії належить доручити досить досвідному фахівцеві зняти плян дільниці в горизонталях через 0,5 — 1,0 м. та розпочати збирання відповідних матеріялів, що їх треба подавати до пляново-будівельного бюра НКОЗУ або до проєктної організації; перелік цих матеріялів зазначено в обіжнику НКОЗУ з 19 вересня ц. р. (див. вище).

II. Про дільницю

12. Під будівництво медично-санітарних закладів стаціонарного типу треба відводити дільницю поза залюдненим пунктом, однак, за наявности придатних шляхів сполучення з ним.

13. Під будівництво медично-санітарних закладів амбуляторного типу треба відводити дільницю в районі залюдненого пункту за можливістю в центральному місці району обслуговування, причому в такому разі дільницю, що її відводиться під будівництво закладів такого типу, треба ізолювати від суміжних житлових будівель з таким розрахунком, щоб можна було утворити захисну зону для даного медично-санітарного закладу.

Увага. В разі неможливости виконання вимог, що їх зазначено в §§ 12 та 13. всі відхилення від цих вимог треба обґрунтувати.

14. Дільниця, що її відводиться під будівництво медично-санітарних закладів, повинна відповідати таким вимогам:

а) вона повинна бути підвищеного, сухого, бажано — із схилом рельєфу на південь та бути розташованою близько від масивів зелених садінь;

б) мати міцний, проникливий для повітря та води ґрунт, досить низьке стояння ґрунтових вод (нижче підошви фундаменту не менш, ніж 0,5 метр);

в) бути не забрудненою гніючими органічними речовинами;

г) не бути розташованою в безпосередній близькості від копалень та інших підприємств, коли виробництво останніх забруднює повітря, ґрунт та воду, або супроводжується гомоном, що може порушити нормальне життя медично-санітарного закладу;

д) бути далеко розташованою від багнищ та базарів, звалок тощо;

е) мати сприятливий ґрунт для можливости садіння рослин;

ж) мати недосить різкий рельєф, що дає можливість легко без будьяких складних споруджень, відводити з дільниці атмосферні та спадні води;

з) бути забезпеченою водою доброї якости;

і) мати конфігурацію, що дає можливість здатно розташувати всі будівлі медично-санітарного закладу;

к) бути зручно сполученою протягом цілого року здатними шляхами сполучення з залюдненими пунктами, що їх треба обслуговувати;

л) бути безпечною з боку підземних вироботок;

м) за можливістю бути захищеною від пануючих вітрів, або бути розташованою щодо пануючих вітрів так, щоб шкідливі гази та дим не надходили до дільниці;

н) давати зручний підхід та під'їзд до всіх будівель;

о) бути трохи ізольованою від великих шляхів сполучення.

Увага. Ні в якому разі не слід вибирати дільницю під будівництво медично-санітарних закладів із насипним ґрунтом, відводити під будівництво косогори. а також дільниці з виходом на поверхню джерел.

III. Про розмір дільниці

15. Встановлюючи розмір дільниці під будівництво медично-санітарних закладів стаціонарного типу, треба виходити з норм, що їх оголошено в „єдиних нормах строительного проектирования“, изд. Ком. СТО, стр. 58, причому, встановлюючи загальну площу дільниці, треба ураховувати також перспективи розвитку медично-санітарного закладу на найближчі 15 — 20 років.

16. Встановлюючи розмір дільниці під будівництво медично-санітарних закладів амбуляторного типу, треба виходити з такого розрахунку, щоб площа забудови дільниці складала не більш як 25% загальної площі дільниці.

17. Якщо при медично-санітарному закладі передбачається влаштувати поля зрошення або поля фільтрації, площу дільниці треба збільшити відповідно до таких норм.

100 кб. метр. спадних вод лікарні на 1 га пісчаного ґрунту
50 „ „ „ „ „ на 1 га суглинку
25 „ „ „ „ „ на 1 га глиняного ґрунту.

Заст. Наркомздоров'я *Кустелян*

Голова плян. буд. бюра НКОЗУ *Довбищенко*

212. Про надіслання РЗІ відомостей про стан будів. соцсектору села та взаємовідносин з хозорганами

(*Окремо не надіслано*)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторам)

Тепер розгорнуто житлове, громадське й соціяльно-культурне будівництво по селах, радгоспах, колгоспах, машинотракторних станціях, комунах та інш. Проте, господарчі органи густо-часто провадять це будівництво поза участю санітарних органів, що дуже погіршує його в санітарному розумінні, а також зламує статут цивільного будівництва.

Щоби Наркомздоров'я мав змогу вжити відповідних заходів, щоб налагодити цю справу та забезпечити санітарний вплив на будівництво сільського соціялістичного сектору, пропонується всім райздоровінспекторам негайно надіслати до НКОЗУ характеристику з головних питань будівництва соцсектору по районах, а саме:

1) чи є щільний зв'язок між санітарною організацією та органами, що переводять будівництво, як—от: трестами, радгоспами, колгоспами та інш.;

2) чи спільно обговорюються промфінпляни госпорганів та чи є змога добитися виділення певного відсотку коштів із бюджету госпорганів на житлове та усуспільнене будівництво;

3) чи опрацьовуються завдання на будівництво спільно з санорганами;

4) чи відводяться ділянки під забудування за попереднім оглядом них санлікарями та відповідним висновком;

5) де й як розглядають та затверджують проєкти;

6) чи здійснюється сандогляд будівництва;

7) чи є яка комісія або будьякий інший певний порядок прийому нових будівель та споруджень.

8) що саме гальмує цю справу в цілому.

Відповідь на запитання треба надіслати до Наркомздоров'я не пізніш, як 15 листопада цього року.

Наркомздоров'я *Канторович*

За Зав. сектору науки, санкульт. та побуту *Повірений*

(Об. розп. НКОЗУ ч. 435-11 з 27 вересня 1930 р.)

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів.

1. Про стан очних захорувань в колгоспах на Херсонщині.

З доручення колегії НКОЗ інститути ім. Гіршмана та Сан. Бак. ім. Мечнікова відрядили спільну наукову експедицію, що відвідала декілька колгоспів Херсонщини, де спостерігалися посилені захорування на трахому та інші захорування на очі.

Доповідь, що її зробив на колегії НКОЗ директор очного інституту д-р Рабкін, довела цілковиту своєчасність відрядження такої експедиції.

Експедиція поряд виявлення затрахомлености населення мала ще на меті вивчити вплив виробничих умов сільсько-господарської праці на органи зору в робітників колгоспів та радгоспів.

Отже експедиція в складі 4 лікарів, виїздила в райони, провадила амбуляторні прийоми в райцентрі й виявила таке:

а) Захорування на трахому становить $^1/_2$%. Серед робітників колгоспів, що працюють безпосередньо біля молотарок і тракторів, спостережено ріжні захорування, як кон'юнктивити, блефарити—це майже і 90% обслідуваних робітників. Очний травматизм теж дає чималий відсоток захорувань.

б) Експедиція виявила, що робітникам не видають захисних окулярів, на місцях їх взагалі не має. Тимчасом вкорінення таких окулярів має відограти величезну ролю в боротьбі з очними травмами в розумінні запобігання таким випадкам.

в) Дітей загалом знайдено в здоровому стані.

Населення та місцева суспільність поставилася до робітників експедиції надзвичайно уважливо й дуже добре. Саносвітробота, що провадили учасники експедиції, зустрі-

нула дуже жвавий відгук з боку робітників і селян. Запитанням і проханням дати пояснення на силу незрозумілих і нез'ясованих в умовах сільського життя та умов праці не було кінця.

Колегія НКОЗ на цю доповідь ухвалила низку практичних пропозицій, як-от:

а) Інституту ім. Гіршмана продовжувати роботу вивчення умов праці сільсько-господарського пролетаріяту, особливо по радгоспах і колгоспах, віддаючи особливу увагу вивченню затрахомлености населення, зокрема національних меншостей.

б) Утворено спец. комісію в складі фахівців очової справи та оптики для опрацювання стандартного типу захисних окулярів та встановлення категорій робітників, що їм належить видавати оці окуляри.

в) Медично-санітарному секторові доручено перевірити факт невиконання Укрмедторгпромом вимоги місцевих органів влади про постачання Херсонщині 200 пар окулярів і накласти на винних в цьому (якщо факт буде доведено) адміністративну кару.

г) Очному інститутові запропоновано виділити 10 трахоматозних ліжок для спеціяльних досліджень методи вакцинотерапії за Ногуші.

Райздоровінспекторам для керування

2. Схема меддопомоги для радгоспів

Кількість робітників постійних або сезонних	Віддаленість від найближчого медпункту	Характеристика нормальної меддопомоги за генеральною умовою поміж НКОЗУ та трестами	
Більш 500 постійн.	Більш 5 кілом.	Лікар. амбул. 3 ліжк. перш. доп. + 2 „ акушер.	Роз'їзна акуш. допом.
„ 500 „	Менш 5 „	Лікпом. пункт перш. допомоги	
100—500 „	Більш 5 „	„ „ „ „	
Менш 100 „	Незалежно від дистанції	„ апт. „ „	
Більш 750 сезон.	Незалежно від дистанції	Сезлікар амбул. 3 ліжк. перш. доп. + 2 „ акуш.	Роз'їзна акуш. допом.
300—750 „	Незалежно від дистанції	Сез. лікпом пункт перш. доп.	
100—300 „	Більш 5 кілом.	„ „ „ „ „	
Менш 100 сезон.	Незалежно від дистанції	„ аптечк. швид. доп.	

Оригінал генеральної умови був розісланий (№ 183 Лп. від 7 липня 1930 р.) по всіх ОЗІ та надруковано у бюлетені НКОЗУ, ч. 14—16 з 30 вересня ц. р.

3. Постанову ЦК ВКП(б) — глибше в райони.

Наркомздоров'я звернувся до всіх районових органів з листом, в якому звертає особливу увагу периферійних установ та робітників на потребу поставити в центрі уваги всієї їхньої діяльности виконання постанови ЦК партії про медобслуговування робітників і селян. Цей лист є надзвичайно важливим тепер — в умовах посилення значення та ваги всієї роботи Райвиків, особливо після того, як НКОЗ через власні обслідування та з матеріялів робітничих бригад довідався про замалу роботу, що провели округові органи в справі не тільки виконання, але навіть і належної популяризації постанови ЦК партії.

4. Про організацію будинків відпочинку п'ятого дня.

Вживання безперервки за п'ятиденного тижня, що дедалі все більше набуває свого розповсюдження, настирливо вимагає вирішення питання про те, щоб надавати робітникам можливість раціонально та з найбільшим оздоровним ефектом використовувати свої вихідні дні.

Отже за пропозицією тов. Канторовіча в НКОЗ відбулася вже перша нарада в згаданій справі.

На нараді виявилося, що принципових розходжень у цій справі взагалі немає ніяких. Нарада визнала за потрібне, щоб негайно розпочати організацію Акційного Товариства будинків відпочинку п'ятого дня. Товариство має охопити органи охорони здоров'я, профспілкові організації, кооперативні органи, соцстрах, органи освіти, Наркомвнусправ та інш.

Товариство має передусім подбати про утворення зелених міст, де концентрувався би робітничий відпочинок біля великих промислових місць. Початок будівництва пристосувати вже до весни 1931 року.

Проте, поряд цього й взимку цього року треба вже провести низку конкретних заходів, як розгорнення будинків відпочинку п'ятого дня в Донбасі, Києві, Дніпропетровському, Харкові, використавши для цього фонд будинків відпочинку, що має соцстрах, помешкання санаторій НКОЗУ, Укркурупру, позаміських фізкультурних баз тощо.

Представники виробничих спілок (ВУК'їв металістів, друкарів, хеміків та інш.), що були на нараді, висловилися надзвичайне прихильно щодо найскорішої організації цієї справи.

5. Потрібне санітарне око в будівництвах на селі.

Наркомздоров'я звернув увагу на те, що на будівництвах, які провадяться широким маштабом і темпом в сільських місцевостях, досі бракує належного санітарного догляду і взагалі спостерігається порушення санітарних норм.

Отже тепер пропоновано місцям стежити за тим, щоб сандогляд на будівництві було значно підсилено, щоб санлікарям було забезпечено дійсну справжню участь (до того ж своєчасну) в обговоренні проєктів будівництв, огляді місць забудування тощо.

6. Про дефекти в роботі венустанов.

Обслідування декількох венустанов, що провів Одеський Інститут ім. Главче, викрило чимало ненормальностей, що заважають успішному розгортанню роботи, до того ж належним напрямком.

Насамперед відзначено недостатнє обслуговування соціялістичного сектора на селі. Далі далеко недосить притягнено до диспансеру родини хворих, недосить також провадяться обслідування вдома.

Колишні окрвендиспансери кволо підтримують зв'язок із периферійними венустановами та пунктами, немає будьякого інструктажу або керівництва.

На виправлення цих недоліків, особливо ж на підвищенні якости вендопомоги, Наркомздоров'я звернув увагу всієї периферії.

7. Про посилення раціоналізаційної роботи на місцях

За наказом Наркома Охор. Здоров'я т. Канторовіча найближчим часом бюра раціоналізації при НКОЗ АМСРР, при секціях охорони здоров'я міськрад Харківської, Київської, Одеської, Дніпропетровської Сталінської та Житомірської. Далі такі самі бюра утворюються при Укркурупрі, всіх єдиних диспансерах, поліклініках, що пропускають не менше 500 чол, на день, при лікарнях із кількістю ліжок не менше 250, а також при 17 наукових інститутах:

1) Сан.-Бак. Ін-ті — м. Харків
2) „ „ „ — „ Дніпропетровське
3) Тубінституті — „ Харків
4) „ — „ Одеса
5) Укр. Протоз. Ін-ті — м. Харків
6) Держ. Вен. Ін-ті — „ „
7) Держ. Дерм.-Вен. Ін-ті — м. Одеса
8) Укр. Держ. Ін-ті — клін, псих. та соц. псих. гігієни — м. Харків
9) Ін-ті ОЗДП — м. Київ
10) „ Охматдиту — м. Харків
11) „ „ — „ Київ
12) „ Пат. та Гіг. Праці — м. Харків
13) Обл. Ін-т Пат. та Гіг. Праці — м. Київ
14) Укр. Ін-ті Зуболік. — м. Одеса
15) „ Держ. Ін-ті — м. Харків
16) Офтальм. Ін-ті — м. Харків
17) Ін-ті Ляборат. Діягностики — м. Харків

На чолі Бюра стоїть керівник установи, заступником йому — є окремий, не завантажений будьякою іншою роботою, співробітник.

При решті установ (райздорови, секції охорони здоров'я міськрад, окремі курорти, інститути, філії Всеукр. Аптечн. Упр., поліклініки, лікарні і т. інш.) утворюються раціоналізаційні осередки.

За роботу осередків цілком відповідає керівник устанoв.

8. Вшанування пам'яти проф. Скловського

На одному з останніх засідань колегія вшанувала вставанням пам'ять небіжчика професора Евгена Львовіча Скловського, що був одним із найстаріших заслужених робітників в галузі охорони материнства й дитинства.

Колегія ухвалила таке:

а) Взяти на державний кошт витрати на похорон небіжчика.

б) Встановити в Київському Інституті Удосконалення лікарів дві стипендії імени проф. Скловського.

в) Зняти перед відповідними органами клопотання про призначення родині померлого професора пенсії.

IV. Хроніка.

У Наркомздоров'ї РСФРР.

1. Колегія НКОЗ на виробництві.

Недавно колегія наркомата відвідала м. Орехово-Зуєво (значний промисловий центр текстильного виробництва), де саме на цей час припало відкриття нового єдиного диспансеру. На урочистому відкритті нарком охорони здоров'я склав доповідь про завдання й шляхи радянської здоровоохорони на теперішньому етапі соціялістичного будівництва.

Знов збудований диспансер є перша в окрузі лікувально-профілактична установа соціялістичного типу. Робота її безперечно полегшить здійснення ударних завдань виробництва, сприяючи водночас втілюванню в маси навиків нового побуту.

На збудування диспансеру витрачено щось із 1 мільйон крб.

Про систему керування периферією в зв'язку з ліквідацією округ.

Наркомздоров'я поклав за основу керування периферією в зв'язку з ліквідацією округ такі моменти: а) директивно-плянове керівництво, б) інспектування, в) підготовка кадрів та організація медосвіти, г) контроля виконання.

НКОЗ прагне утворити для райздороввідділів фактичну можливість бути організатором здоровохорони в районі. Отже медично-санітарну мережу розподіляється в такий спосіб, що в віданні краю залишаються саме ті установи, що мають крайовий (обласний) характер.

На вкомплектування районного апарату НКОЗ запропонував перекинути на райони частину робітників округового апарату.

Курси для лікарів відбірних комісій.

Щоб підвищити кваліфікацію лікарів, що працюють у санаторно-відбірних комісіях і докладно ознайомити їх з медичними показами для відбору хорих на курорти, Наркомздоров'я утворює в листопаді ц. р. спеціяльні курси при Центральному Інституті Курортології в Москві.

V. Об'яви.

1. Про тих, що свавільно кинули свою роботу.

Наркомздоров'я пропонує всім органам здоровоохорони та медустановам повідомити про місце перебування нижчепереліченних осіб, що свавільно залишили свою роботу. Зазначеним тут особам НКОЗ пропонує не надавати роботи.

№№	Прізвища та посади	Де працював	Примітки
1	Босенко (лікпом)	Мед. дільниця С. Соколово Зміївськ. р. (кол. Харк.)	Жінка
2	Векслер Б. З. (бактеріолог)	Сталінська округа	Жінка
3	Лукашевіч Т. (акушерка)	Червоно-Волонська амбуляторія Луганськ. району	Підчас відпустки заявила, що до роботи не стане.
4	Гаценко Г. М. (лікар)	Олександрівська амбуляторія кол. Сталінської округи	
5	Дашко Вас. Серг.	Хоцьківськ. медподіл (кол. Київ. окр.).	
6	Соколовський І. М.	Ново - Павлівська лікарня Макиїв. району.	
7	Фельдштейн Р. Я.		Мала призначення до МСУ Півд. зал.
8	Погребинська	Єлісаветград. аптека	
9	Красовська-Кузьменко Є. К.	Балтська бак. ляборат	
10	Левіч.	2-й Черкас. един. диспанс.	
11	Гросман С. Я.		Була призначена до Ізюм. П-ки
12	Позівна		Після скінч. Дніпропетр. ін-та удосконал. лікарів була прианачена до Кривор. району.
13	Зильберг	Шкільн. саніт. лікар. в м. Кремінчуці	
14	Симоновіч Т. М.	Ляборант у Куп'янці	
15	Шевченко Н. В.	Худяків. амбул. Черкас. району	

Виключається із списка дезертирів.

Лікарка (вип. 1929 р.) Салпейтер Шейна Хаім-Гилелевна, про яку було оголошено в бюлетені НКОЗ з 15 червня ц. р., як тепер з'ясовано, була хвора з 10 квітня до 24 липня ц. р., після чого її з 30 липня визнано на 6 місяців за інваліда 2-ої групи.

1. Про конкурси

I. Укр. Держ. Рентґено-Радіологічний Інститут оголошує конкурса на заміщення посад:

1. Лікаря-ляборанта Біологічного Відділу.

Умови: 5-тирічний стаж. експер. роботи в галузі Біохемії Фізіології. Наукові роботи в цих галузях.

2. Завідувача біохеміч. лябораторії

Умови: 10-тирічний стаж експер. роботи в галузі біохемії. Наукові роботи.

3. Завідувача Рентґенв-кабінета.

Умови: 10-тирічний стаж. Наукові роботи в галузі рентгенології.

4. Асистент (лікар) рентґенівського кабінету.

Умови: 5-тирічний стаж. Наукові роботи.

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, мусять подавати заяви з нотаріяльно-засвідченою копією діплому та копіями довідок про роботу, та копію про складання іспиту укрмови.

Останній термін подач заяв 15 листопада.

Адреса: Укрдерж. Рентґено-Радіологічний Інститут. Харкін Пушкінська вул. № 53.

II. Харківський Медичний Інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:

1) Зав. катедри типограф. анатомії з оперативною хірургією.
2) Зав. катедри пропедевтичної терапії.
3) Одного асистента загальної гігієни.
4) Одного асистента катедри рентгенології.
5) Двох ординаторів факульт. хірургіч. клініки.
6) Двох поверхштат. ординаторів нервової клініки.

Термін конкурсу 5 листопада

Заяви про бажання взяти участь в конкурсі треба надсилати до Медінституту вул. К. Лібкнехта 41.

До заяви треба додати короткий життепис, наукові роботи, анкету та відповідні документи про службу та громадську роботу.

Анкету можна одержати в канцелярії інституту.

ВИПРАВЛЕННЯ ДРУКАРСЬКИХ ПОМИЛОК

У бюлетені ч. 14—16 в статті Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча через технічні причини в друкарні трапилися в одному обзаці (починаючи з 15 рядку знизу) чималі помилки. Отже згаданий абзац передруковуемо знову:

— Вже тепер виникае низка питань бюджетового порядку. Наркомздоров'я має можливість взяти на утримання за держбюджетом невелику кількість установ, що мають не тільки міжрайонний, але в тій або іншій мірі республіканський характер. Решта мережі, що її раніше відали окрвиконкоми, утримуючи за рахунок окружних коштів, себ-то вся та мережа установ, що мають фактично міжрайонний характер і обслуговуватимуть не тільки той район, на терені якого разташовані ці установи, але й низку, а в деяких випадках і велику кількість сусідніх районів — уся ця мережа повинна перейти у відання відповідних райвиконкомів. За цього залежно від моци бюджету того або іншого РВК або міськради, залежно від розміру й характеру обслуговування населення тою або іншою установою з республіканського фонду регулювання треба виділити відповідні кошти, як дотацію на утримання цих установ.

Відповід. редактор **С. І. Канторовіч.**

Укрполіграфоб'єднання Третя Друк. ім. Фрунзе Харків, Донець-Захарж., 6. Укрголовліт. 5-жб Зам. 2003. Прим. 3.800

VI. Інфекційні захворювання по округах УСРР за травень 1930 р.

ОКРУГИ	Тиф—Typhus																					Сифіліс—Syphilis							
																							В т. ч.						
	Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мiясовиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-спр. пош. Mening. cereb.-spin. epid	Сап Malleus	Теліт Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Всього	Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	34	8	4	—	13	1405	--	1228	430	481	42	4768	9	—	—	—	5	—	3	646	133	153	13	18	9	267	—	446	398
2. Бердичівська	74	1	13	—	6	24	—	408	286	81	60	1964	7	1	24	—	—	—	4	716	375	114	20	19	6	67	7	87	189
3. Білоцерківська	50	7	12	—	5	69	—	764	220	264	57	1376	14	—	34	—	1	—	6	796	221	61	7	15	7	42	1	177	280
4. Вінницька	38	2	22	—	7	17	—	556	201	168	67	888	10	—	17	—	—	—	1	504	151	60	5	24	—	61	—	54	211
5. Волинська	69	3	1	—	15	9	—	302	613	101	48	887	23	—	4	—	—	—	1	430	95	70	28	31	5	54	1	27	388
6. Глухівська	8	—	25	—	—	363	—	207	96	120	38	710	8	—	6	—	1	—	—	617	138	99	7	19	2	82	1	69	322
7. Гуманська	47	7	20	—	10	104	—	1204	315	331	78	1946	9	1	3	—	—	2	4	737	168	213	1	21	3	78	3	169	155
8. Дніпропетровська	116	18	9	—	56	4917	—	1911	777	445	147	11681	69	6	16	—	6	—	6	809	268	189	23	53	30	367	3	692	651
9. Запорізька	16	2	3	—	7	888	—	1295	234	449	38	1781	6	5	—	—	1	—	3	468	82	72	7	21	—	114	3	234	213
10. Дніпрельстан	6	—	1	—	—	162	—	146	19	22	1	1187	1	1	2	—	—	—	—	79	6	16	1	2	—	74	—	26	47
11. Зінов'ївська	47	3	13	—	25	851	1	1005	232	145	35	991	7	2	10	—	7	—	4	643	261	216	3	11	—	118	1	321	265
12. Ізюмська	14	—	8	—	3	888	—	291	109	281	16	605	7	—	2	—	2	—	—	277	47	106	6	2	1	73	3	226	490
13. Кам'янецька	46	3	6	—	3	10	—	708	147	16	62	592	3	4	4	—	2	—	2	357	223	45	6	7	—	38	—	37	159
14. Київська	87	5	30	—	1	423	—	975	287	681	116	3881	6	1	28	—	2	1	6	2138	1077	493	54	148	70	367	6	340	727
15. Конотіпська	17	1	11	—	4	166	1	308	164	165	28	1429	4	—	6	—	1	—	--	834	195	96	6	23	--	61	4	42	396
16. Коростенська	21	1	5	—	4	12	—	227	165	213	21	911	—	—	2	—	—	—	—	559	105	54	4	5	—	47	—	40	389
17. Кременчуцька	14	1	21	-	1	803	—	1110	128	127	29	623	5	—	10	—	1	--	2	598	306	231	3	21	4	93	—	89	206
18. Криворізька	43	16	2	—	5	1509	—	906	113	343	38	2202	7	1	9	—	7	—	5	397	50	87	9	36	5	126	1	322	339
19. Куп'янська	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Лубенська	3	—	31	—	4	337	—	541	37	145	15	908	—	—	2	—	2	—	4	443	157	28	—	2	—	47	—	90	105
21. Луганська	14	2	4	—	21	780	—	853	192	225	29	2914	69	2	1	—	—	—	—	306	61	106	6	21	4	173	—	103	216
22. Маріупільська	6	1	—	—	1	418	—	934	474	485	39	1659	11	—	2	—	9	—	1	463	149	85	7	43	8	95	10	218	315
23. Мелітопільська	39	8	20	1	27	1319	—	1032	174	195	58	1203	13	—	5	—	4	—	4	373	68	34	6	3	1	105	—	275	536
24. Миколаївська	25	1	1	—	5	489	—	286	160	295	43	1661	10	—	5	—	1	—	4	437	195	218	8	23	23	135	2	94	279
25. Могилівська	14	1	12	1	12	38	—	352	101	164	24	951	19	1	1	—	5	—	—	460	127	22	8	19	4	45	1	18	198
26. Ніженська	18	7	4	—	1	218	—	290	28	62	16	1038	4	—	9	—	1	—	1	698	207	44	3	11	5	26	—	94	335
27. Одеська	64	6	15	—	8	385	—	1794	278	379	87	1052	7	1	6	—	4	—	4	1109	429	381	25	6	40	345	2	217	398
28. Першомайська	45	9	1	2	12	258	--	774	295	105	46	995	25	1	22	—	4	—	1	356	114	78	7	26	—	65	—	110	211
29. Полтавська	20	3	36	—	—	1353	—	1772	203	117	60	2148	5	2	9	—	5	—	3	1002	406	116	4	10	6	157	1	195	471
30. Прилуки	9	—	7	—	1	94	—	183	72	31	11	666	—	1	13	—	—	—	—	552	118	145	9	18	—	55	—	149	123
31. Проскурівська	15	—	6	—	2	15	—	141	198	119	33	444	1	1	4	—	—	—	2	207	99	44	1	6	1	63	1	19	140
32. Роменська	14	2	6	—	2	307	—	340	79	94	37	1126	16	2	3	—	7	—	4	502	161	110	2	8	—	40	—	133	208
33. Сталінська	27	—	9	—	9	901	4	1217	198	372	28	3296	36	—	1	—	3	—	—	731	249	216	9	15	10	189	—	355	310
34. Старобільська	8	8	2	—	—	558	—	143	22	170	25	393	9	1	—	—	1	—	1	212	83	83	1	6	—	91	2	182	330
35. Сумська	19	—	16	—	—	273	—	1099	315	243	39	1449	3	—	—	—	1	1	—	911	305	54	4	2	4	57	—	252	413
36. Тульчинська	59	1	21	—	1	59	—	640	276	230	26	851	6	—	9	—	1	—	2	449	167	179	13	12	—	37	4	58	152
37. Харківська	67	2	24	—	20	1218	—	2504	655	586	144	3746	36	4	17	—	1	1	1	1520	511	319	44	69	45	352	—	733	1784
38. Херсонська	36	8	12	—	27	1934	—	1314	104	334	35	1211	28	1	2	—	5	—	3	748	270	110	17	19	5	114	—	202	349
39. Чернігівська	49	1	21	—	1	228	2	232	94	115	48	729	—	—	8	—	1	—	1	733	211	63	—	7	—	73	—	56	357
40. Шевченківська	41	5	17	—	12	282	—	900	118	292	37	1032	8	—	18	—	2	—	3	1299	435	205	1	3	1	117	2	245	404
41. Шепетівська	17	6	17	—	6	13	—	314	140	9	32	1040	1	3	6	—	1	—	5	597	157	89	8	26	3	61	1	28	269
42. АМСРР	33	4	6	3	15	378	1	1644	180	533	33	1349	20	1	23	1	5	—	1	512	141	217	12	18	4	138	5	63	229
Разом	**1389**	**153**	**494**	**7**	**352**	**24475**	**9**	**32850**	**8929**	**9733**	**1866**	**70313**	**522**	**43**	**343**	**1**	**99**	**5**	**92**	**26225**	**8724**	**5321**	**398**	**849**	**306**	**4709**	**65**	**7287**	**13957**
Залізниці: 1. Південні	7	1	2	—	1	369	—	491	82	61	21	1784	1	—	—	—	—	—	—	565	192	19	2	4	9	79	—	41	118
2. Донецькі	2	1	1	—	—	308	—	374	43	38	3	1312	2	1	1	—	—	—	1	217	40	44	1	3	7	86	—	41	50
3. Південно-Західні	26	4	9	—	3	128	—	634	57	161	29	3180	—	1	—	—	—	—	1	584	66	276	19	19	33	201	—	22	156
4. Катеринівські	15	3	—	—	—	404	—	342	80	50	10	2020	—	—	—	—	1	-	—	69	22	20	8	2	2	67	—	28	120
Разом	50	9	12	—	4	1209	—	1841	262	310	63	8296	3	2	1	1	1	—	2	1435	320	359	30	28	51	433	—	132	444
Всього по УСРР за травень 1930 р.	**1439**	**162**	**506**	**7**	**356**	**25684**	**9**	**34691**	**9191**	**10043**	**1929**	**78609**	**525**	**45**	**344**	**1**	**100**	**5**	**94**	**27660**	**9044**	**5680**	**428**	**877**	**357**	**5142**	**65**	**7419**	**14401**
Всього по УСРР за квітень 1930 р.	1615	192	809	4	477	16179	11	28684	7976	7294	2192	82447	455	38	529	—	115	11	48	28483	7922	5162	399	834	304	4932	54	7440	15822
за травень 1929 р.	1034	134	643	4	369	21515	5	8711	3597	5788	1296	47820	583	78	469	1	141	9	77	32195	10091	5560	397	1089	306	4324	45	8128	20911

VI-а. Інфекційні захворування по округових містах УСРР за травень 1930 року.

ОКРУГОВІ МІСТА	Тиф—Typhus					Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Хашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg. sic	Опониця мізк.-спр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Теліїй Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis			М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
	Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus																	Всього	В тому чис. Сифіліс I Syphilis I	В тому чис. Сифіліс II св. Syphilis II rec.					
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	1	—	—	—	3	43	—	120	63	39	1	469	—	—	—	—	—	—	—	70	6	27	3	1	2	50	—	26	6
2. Бердичів	10	—	1	—	—	8	—	82	42	2	7	897	—	—	2	—	—	—	1	80	171	18	6	4	4	17	—	16	2
3. Біла-Церква	4	—	—	—	—	4	—	106	20	18	8	84	—		2	—	—	—	—	40	16	8	—	1	5	18	—	12	11
4. Вінниця	3	1	1	—	—	2	—	162	7	16	4	133	—	—	2	—	—	—	—	128	72	23	1	15	—	19	—	—	10
5. Глухів	1	—	—	—	—	—	—	4	2	1	1	6	—	—	—	—	—	—	—	72	18	6	—	—	—	10	—	2	—
6. Гумань	3	3	—	—	—	1	—	223	13	1	7	221	—	1	—	—	—	2	—	30	10	32	—	4	1	12	—	16	6
7. Дніпропетровське	54	9	6	—	30	1894	—	565	272	67	83	8714	10	3	5	—	2	—	—	175	35	88	5	4	28	203	—	88	50
8. Житомір	8	1	—	—	1	—	—	47	42	3	5	183	—	—	2	—	—	—	—	41	48	22	4	9	5	24	—	1	6
9. Запоріжжя	3	1	2	—	3	143	—	134	73	68	4	781	—	—	—	—	—	—	—	174	40	12	—	1	—	77	—	48	7
10. Зінов'ївське	3	1	3	—	1	4	—	81	38	9	1	171	—	1	—	—	—	—	1	123	38	34	—	—	—	51	—	9	21
11. Ізюм	—	—	1	—	—	94	—	6	1	11	—	9	—	—	—	—	—	—	—	14	6	5	—	—	—	7	—	1	4
12. Кам'янець	2	—	2	—	—	2	—	539	9	2	—	116	—	—	—	—	—	—	—	50	72	18	4	—	—	17	—	4	12
13. Київ	40	3	12	—	—	56	—	540	117	66	63	1812	—	—	12	—	1	—	—	1297	853	273	27	20	64	244	—	68	109
14. Конотіп	—	—	—	—	—	9	—	101	21	—	—	111	—	—	—	—	—	—	—	127	53	50	2	10	—	31	—	—	30
15. Коростень	5	1	—	—	—	2	—	—	12	38	1	141	—	—	1	—	—	—	—	43	33	8	2	1	—	8	—	2	5
16. Кременчуг	1	—	5	—	—	—	—	161	45	18	2	62	—	—	2	—	—	—	—	249	190	62	1	2	2	30	—	—	18
17. Кривий-Ріг	1	1	—	—	2	122	—	107	12	35	1	581	1	—	1	—	—	—	—	60	2	31	3	7	—	44	—	51	6
18. Куп'янське	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Лубні	—	—	—	—	—	91	—	50	4	2	—	89	—	—	—	—	—	—	—	26	27	4	—	—	—	11	—	4	7
20. Луганське	3	—	1	—	10	61	—	126	42	30	1	489	—	1	—	—	—	—	—	36	18	28	—	3	3	75	—	38	36
21. Маріупіль	—	—	—	—	—	43	—	328	17	20	1	431	1	—	—	—	—	—	—	100	42	23	3	9	—	24	—	23	2
22. Мелітопіль	5	—	—	—	1	26	—	90	17	—	6	4	—	—	—	—	—	—	—	11	4	10	4	—	—	40	—	10	17
23. Миколаїв	4	1	—	—	—	59	—	97	64	61	17	1063	—	—	—	—	—	—	2	277	175	90	5	6	20	104	—	29	26
24. Могилів	—	—	—	—	1	1	—	112	2	37	—	90	—	—	—	—	—	—	—	83	10	6	1	3	—	10	—	—	11
25. Ніжень	2	4	1	—	—	25	—	15	2	1	1	139	—	—	4	—	—	—	—	141	76	9	—	—	—	8	—	—	13
26. Одеса	24	5	14	—	—	104	—	517	159	23	44	172	1	1	1	—	2	—	—	714	361	348	25	6	40	306	—	16	72
27. Першомайське	1	4	—	—	—	31	—	13	23	7	1	33	—	—	2	—	—	—	—	66	24	10	2	2	—	5	—	16	3
28. Полтава	—	—	5	—	—	87	—	39	27	1	10	222	—	—	1	—	—	—	—	181	154	15	1	1	2	48	—	8	6
29. Прилуки	—	—	2	—	—	1	—	56	3	—	2	56	—	—	—	—	—	—	—	40	7	—	—	—	—	—	—	1	3
30. Проскурів	2	—	2	—	—	—	—	12	14	3	—	55	—	—	1	—	—	—	—	14	14	16	1	1	1	29	—	4	10
31. Ромни	1	1	—	—	—	159	—	115	3	2	1	280	—	—	—	—	—	—	—	35	37	13	1	1	—	17	—	17	8
32. Сталіне	9	—	8	—	—	82	—	302	66	21	5	308	10	—	1	—	—	—	—	91	23	43	2	1	4	65	—	82	31
33. Старобільське	—	—	—	—	—	34	—	1	3	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	19	5	6	—	—	—	6	—	2	4
34. Суми	2	—	—	—	—	19	—	14	12	15	3	154	—	—	—	—	—	—	—	204	53	8	1	1	1	15	—	3	17
35. Тульчин	—	—	1	—	—	2	—	7	3	15	1	34	—	—	—	—	—	—	1	9	—	—	—	—	—	—	—	2	—
36. Харків	21	—	—	—	—	111	—	954	275	51	86	473	2	—	4	—	—	—	—	417	214	165	8	12	35	213	—	19	41
37. Херсон	5	1	2	—	3	469	—	92	15	6	4	259	6	—	—	—	3	—	—	281	231	65	7	6	3	67	—	65	13
38. Черкаси	1	1	2	—	—	23	—	88	9	13	—	101	—	—	2	—	—	—	—	112	43	40	1	1	—	26	—	4	6
39. Чернігів	2	—	—	—	—	9	—	29	13	29	7	29	—	—	1	—	—	—	—	274	154	46	—	2	—	63	—	—	—
40 Шепетівка	—	—	—	—	—	2	—	6	1	—	—	121	—	—	—	—	—	—	—	85	13	6	—	—	—	15	—	—	6
41. Тираспіль	4	—	1	—	6	26	1	169	12	52	—	134	—	—	2	—	—	—	—	37	—	25	—	—	—	27	—	1	18
Всього по окрмістах УСРР за травень 1930 р.	**225**	**38**	**72**	—	**61**	**3849**	**1**	**6210**	**1575**	**783**	**378**	**19235**	**31**	**7**	**48**	—	**8**	**2**	**5**	**6026**	**3348**	**1693**	**120**	**134**	**220**	**2036**	—	**688**	**653**
Всього по УСРР за квітень 1930 р.	233	51	77	—	40	1669	—	5732	1352	693	467	18797	18	3	90	—	2	—	1	6919	2945	1721	123	117	177	2001	2	847	768
Всього по УСРР за травень 1929 р.	195	49	57	—	45	3684	—	2844	761	684	208	9668	24	8	122	1	15	1	5	8594	3566	1808	95	24	215	1907	2	914	1001

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку", Картковому репертуарі та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 20-21 | 20 листопада 1930 року | № 20-21

Державна Центр. Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

ПРО ЦЕНТРАЛІЗОВАНУ ПЕРЕДПЛАТУ БЮЛЕТЕНЯ НКОЗ

До всіх райвиконкомів, голів секцій охорони здоров'я міськрад (райздоровінспекторам)

Щоб дійсно забезпечити всім районам негайне та докладне повідомлення їх про всі директиви й розпорядження центральних органів, насамперед самого НКОЗ в питаннях охорони здоров'я, Наркомздоров'я реорганізував офіційний бюлетень, що видається вже 6 років.

Поряд офіційного матеріялу бюлетень подає тепер провідні та дискусійні статті з найпекучіших і сучасних питань політики, організації охорони здоров'я, підготовки кадрів, питань реконструкції побуту тощо.

Наркомздоров'я, надаючи велике значіння найширшому розповсюдженню бюлетеня, покладає на нього ще завдання — висвітлювати роботу місць, щоб налагодити на сторінках його обмін досвідом, щоб один район міг засвоїти та використати успішний досвід другого й навпаки — оберегти себе від хиб та огріхів інших.

Для цього на сторінках бюлетеня редакція відкриває широке висвітлювання місцевої роботи (як кореспонденції та огляди, так і зведення матеріялів тощо).

Прагнучи скоротити до мінімуму розсилку обіжних та інших розпоряджень, Наркомздоров'я тим самим робить бюлетень майже єдиним джерелом, з якого периферія зможе черпати потрібний їй матеріял.

Отже, потреба передплачувати бюлетень для всіх без винятку медусанов є очевидною. Кожна лікарня, поліклініка, амбуляторія, диспансер, аптека тощо повинні мати бюлетень НКОЗ.

За найкращий засіб НКОЗ вважає централізовану передплату.

Для цього Вам треба подати до періодсектору ДВОУ, Харків Московські Ряди ч. 11, списки всіх медустанов В/ району, зазначивши точні адреси, за якими треба надсилати бюлетень.

Передплатна ціна — 5 крб. на рік і 1 крб. 50 коп. за останній квартал цього календарного року.

Для ознайомлення ч.ч. 14 — 16 і 17 — 19 бюлетеня надіслано всім РВК'ам.

Наркомздоров'я пропонує, не гаючи часу, провести передплату на бюлетень згідно з вищезазначеними вказівками.

Заст. Наркомздоров'я **Нагорний**
Відпов. секретар редакції **Злотнік**

(Обіжне розпор. НКОЗ ч. 618 з 2 листопада 1930 р.).

ЗМІСТ

Про централізовану передплату бюлетеня НКОЗ

I. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВЬЯ

О. С. Вайнштейн. — Шефська робота в галузі охорони здоров'я.

II. НАУКОВА РОБОТА. КАДРИ

М. Мельник — Експедиція Укрсанбакінституту на вивчення черевного тифу та дизентерії.

Ю. Кушнір — За повне й рішуче розв'язання проблеми медкадрів.

З. І. Хв. Сербінов. — Підготовка кадрів протихемічної оборони.

III. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

Організаційна частина. Кадри. 213. Про участь медробітників у кампанії перевиборів рад. 214. Про охоплення керівництвом здоровоохоронної роботи в районі (додано плян роботи РЗІ). 215. Про порядок звертань до НКОЗ. 216. Про утворення міжрайонних санітарних станцій. 217. Положення про міжрайонні сан. станцій. (додано інструкцію). 218. Положення про міжрайонну клініко-діягностичну ля📝бораторію. 219. Положення про міжрайонну лікарню. 220. Положення про міжрайонну поліклініку. 221. Положення про міжрайонну рентгенстанцію. 222. Положення про будинки матері-пролетарки. 223. Положення про міжрайону фізіотерапевтичну лікустанову. 224. Положення про міжрайонну зубопротезну лябораторію. 225 Положення, структура та завдання бюр вивчення та боротьби з профзахворуваннями. 226. Положення про центральну комісію в студентських справах. 227. Посадова інструкція для райздоровінспектора. 228. Про неприпустимість скорочування посад РЗІ та санлікарів. 229. Про боротьбу з безгосподарністю по лікустановах. 230. О снабжении дровами (постанова РПО). Санепід. Саносвіта. 231. Про додержування суто санітарного стану лікустановах. 232. Про налагодження реєстрації профотруєнь і профзахворувань. 233. Про заходи до районування саносвітроботи. Охматдит. 234. Про гарячі сніданки для школярів. 235. Інструкція НКОЗ, НКО та ЦК ЛКСМУ в справі збирання дітьми утильсировини. 236. Про стан постійних ясел. Лікувально-профілактична частина. 237. Про боротьбу з прогулами, симуляціями та порядок звільнення від праці за тимчасові непрацездатности. 238. Про наближення меддопомоги до робітників гірної промисловости. 239. Про медобслуговування кооперованих інвалідів.

IV. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ

1. Про стан медсандопомоги в Донбасі. 2. Про плян боротьби з дитячими інфекціями. 3. Про підсумки літньої кампанії ОЗДП. 4. Про роботу БЛЕ. 5. Про медсанобслуговування студентства. 6. Про утворення санітарної міліції. 7. Про стан медтехнікумів. 8. Сувора догана лікарям Браславському і Радевичу. 9. Виселення сторонніх осіб з приміщень і території лікустанов.

V. ЗДОРОВООХОРОНА НА МІСЦЯХ

1. Як витрачаються кошти самооподаткування. 2. Медобслуговування підчас осінніх засівів. 3. Перші підземні медпункти в Лисичанському.

VI. ХРОНІКА

1. У Наркомздоров'ї РСФРР. 2. Про інститут гематологій та переливання крови. 3. Про конференцію в питаннях організації праці в сіль. господарстві. 4. Привітання, що надісл но до НКОЗ.

VII. ОБ'ЯВИ ТА ОГОЛОШЕННЯ

1. Про тих, що свавільно кинули свою роботу. 2 Конкурси. 3. Про підручник для складання проєктів і програм медсанбудівництва. 4. Про розподіл роб. часу в НКОЗ 5. Об'ява про збірник розпоряджень НКОЗ

VIII. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХОРУВАННЯ

за липень 1930 року: а) по округах, б) по окр. містах.

I. Політика охорони здоров'я, питання організації та управління

А. С. Вайнштейн

Шефська робота в галузі охорони здоров'я

Питання посилення шефської роботи, яко контролі над держапаратом, як притягування робітників окремих виробництв, не відриваючи їх від виробництва, до безпосереднього виконання функцій державного управління, тепер більше, ніж коли б то не було, стають питанням найактуальним й найближчим до безпосереднього переведення в життя.

ЦКК КП(б)У своєю постановою відзначає чимало недоліків в цій роботі, а саме: недостатню увагу й допомогу в справі шефства від партійних і професійних організацій, а також і те, що шефство недосить популяризується в пресі. Президія ЦКК вважає за найважливіше завдання перетворити шефство в масовий рух, здійснюючи ідею Леніна про фактичне притягування робітників до повсякденної участи в управлінні. Оце все цілком стосується й шефської роботи також в галузі охорони здоров'я.

Як саме здійснюється та пристосовуються шефства до роботи органів охорони здоров'я? Яка настанова є в Наркомздоров'ї на цій важливій ділянці громадської роботі? Опріч громадської контролі робітничих мас над роботою Наркомата охорони здоров'я, над адміністративними органами його на місцях, опріч висування робітничих кадрів і боротьби з бюрократизмом, Нарком, тов. С. І. Канторовіч висунув ідею шефства наших науково-вислідувальних інститутів, ВИШ'ів і лікувально-профілактичних установ над окремими колгоспами, радгоспами, комунами і виробничими підприемствами*). В своему листі тов. Канторовіч, говорячи про посилення шефської роботи, зазначає потребу конкретної роботи в галузі меддопомоги населенню робітничих селищ і колективізованих сел. Величезний розмах колективізації зрушив з місця радянське село. Останнє висуває ряд вимог культурно-соціяльного чину. Величезний інтерес колективізованого села до питань охорони здоров'я є разом із тим і чимале піднесення потреби в кваліфікованій та диференційованій меддопомозі, є також покажчиком культурного зростання села.

Як же ж задовольняють цей попит наші місцеві органи охорони здоров'я? Постанова ЦК ВКП(б) з 18 грудня 1929 року дає точну відповідь на це запитання: „темпи розвитку охорони здоров'я значно відстають од зростання всього народнього господарства країни й потреб робітничої кляси та селянства. Кволо розгорнено суспільність у роботі органів охорони здоров'я".

Одже, надзвичайно правильною та своєчасною є думка т. Канторовіча щодо конкретної допомоги колективізованому селу у розумінні шефства наших інститутів та установ, що є у великих містах: мова йде про утворення окремих амбуляторій, пунктів першої допомоги, про утворення пересувних консультацій, лікарських загонів (очових, зублікарських, тощо).

*) Див. лист тов. Канторовіча в бюлет. НКОЗ ч. 14 — 16 ц. р.

Цікаво простежити за матеріялами, в чому саме полягало досі шефство наших установ. Які саме форми і методи шефської роботи користували з найбільшого успіху серед мас, які з них були конкретніші та дали найбільший ефект? Матеріяли, що в нас є, стосуються переважно роботи наших наукових установ в цій галузі. За об'єкти шефської роботи, за підшефні одиниці маємо тут ріжноманітні установи: комуни, машиново-тракторні станції, окремі цехи заводів, цілі заводи, райони суцільної колективізації та інш. Так само різноманітні й форми шефської роботи та її методика. Більше за все шефство йде шляхом ознайомлення підшефної маси з діяльністю інститутів та організацій, що шефствують. Здебільшого ми маємо доповіді про роботу інститутів звітного характеру (Харківський венінститут, Одеський та Київський сан. бак. інститути). Такі доповіді були на загальних зборах робітників заводів, на розширених засіданнях наукових конференцій спільно з робітниками (Одеський інститут патології та гігієни праці, Харківський венінститут), були по окремих клюбах (Одеський інститут ім. Главче). Ряд епізодичних виїздів робітників інститутів на наради з представниками робітничих і громадських організацій (Кичкас, зав. ім. Петровського, на машиново-тракторну станцію ім. Шевченка) та інш.

Безперечно, що поряд високого значення таких виїздів і конференцій, (а вони викликали чималий інтерес робітників і селян до діяльности й розвитку роботи наших наукових установ, що вперше зв'язуються з масами), ми маємо тут все ж таки не суто шефську роботу, що має за конкретну мету надавати меддопомогу підшефній організації, турбуватись про охорону здоров'я населення, — а тільки одну з форм громадської роботи.

Дальше місце в шефській роботі посідає сан. освітробота. Теми лекцій — найріжноманітніші: „Колектив та гігієна жінки“, „Роль бакінституту в боротьбі з заразними хворобами“; є лекції про венеричні захорування, про глисти, тощо.

Ухил напрямком саносвітроботи, характеризує не тільки наші інститути, але також і наші лікустанови. Все ж таки останні підійшли ближче до шефської роботи, до конкретніших форм безпосередньої допомоги. Аналізуючи досвід місць, ми бачимо ряд цілком конкретних форм цього шефства: масовий огляд населення, (венустанови), прийом хворих окремими спеціялістами, утворення функцій першої допомоги саме в полі, підчас засівної кампанії та жнив, постачання радгоспів, колгоспів і комун невеличкими аптечками першої допомоги, виїзди лікарських і лікпомівських бригад, відрядження пересувних зубкабінетів, утворення дитячих консультацій, запровадження короткотермінових курсів першої допомоги для колгоспників, догляд громадського харчування в колгоспах та інш. та інш. Особливо потрібно врахувати досвід місцевих лікустанов підчас запровадження засівної та уборочної кампанії, підчас яких вищезазначені прояви гром. роботи набули особливої сили й маштабу.

Поряд таких гарних прикладів ми маємо в багатьох місцях і кволу організацію: деякі бригади лікарів виїжджали, не маючи з собою медикаментів, спостерігались явища свавільного залишення роботи лікарями, були від них вимоги виняткової уваги до них, де-хто відмовлявся виконувати свої зобов'язання, що взяли на себе цілком добровільно та інше. Було чимало бригад, що виїжджали поспішаючись, не склавши завчасно чіткого пляну своєї роботи, роботу подекуди провадили якось самотьоком.

Трапляліись частенько випадки, коли шефську роботу не пов'язували з професійними організаціями, недосить уважно вивчались всі дільниці

роботи підшефної організації. Ось приклад: колгоспне будівництво, об'єднання села на колективній базі висувало перед всією колгоспною масою питання організації постійних дитячих ясел. Відводили будинок із тих, що забирали в куркулів, колгосп, комуна влаштовували ясла, налагоджували колективне харчування дітей. Проте, далі справи уже не посувались, і дитячі ясла, утворені таким самотьоком, переживали злидні. Такі ясла, що виникали стихійно, не завжди підпадали під вплив, керівництво і догляд шефських медорганізацій. Бракувало певних раціонів, не було денного розпорядку, бракувало виховної роботи, лікарської контролі й нагляду.

А в тім не треба, звичайно, пояснювати, який великий простір для шефської, саме конкретної роботи можуть здобути тут наші дитячі консультації, дитустанови, тощо.

Досвід запровадження медобслуговування селянства на час засівної та уборочної кампанії дає багатющий матеріял шефської роботи в наших лікустановах, наукових інститутах. Проте, зроблене в цій галузі має ще й досі випадковий несистематичний характер. Частенько буває так, що після запроваджених перших кроків, кампанія завмирає, припиняється шефська робота наших установ, завмирає також і допомога підшефній дільниці.

Треба ж таки перетворити цей зв'язок і шефську роботу в різних її проявах на систематичну плянову роботу, що ввесь час поглиблюється. Для цього повинна існувати і постійно працювати об'єднана шефська комісія із організацій, що шефствує та підшефної.

Треба, щоб низові профорганізації надавали якнайбільше допомоги в справі комплектування бригад і втягування всієї маси медробітників у шефську роботу.

Тепер, коли в зв'язку з постановою ЦК партії про обслуговування Донбасу, а також за чималого збільшення районів суцільної колективізації, значні маси лікарів міст перекидається в райони, робітничі селища і колгоспи, стає цілком ясним, що медробітники, які залишаються в містах і великих райцентрах, повинні якнайбільше уваги віддати справі організації дійсно конкретного шефства.

Ці конкретні форми є такі:

1) Організація амбуляторій, медпунктів, пересувних загонів, кабінетів, тощо силами наших інститутів, міських лікарень і поліклінік.

2) Запровадження систематичних прийомів хворих силами бригад лікарів різного фаху.

3) Утворення аптечок першої допомоги й поповнення тих, що уже існують.

4) Організація виїздів міських спеціялістів у маленькі сільські лікарні для консультації, операцій, тощо.

5) Запровадження профоглядів, щоб виявити захорування на туберкульозу, венеризм, тощо.

6) Допомога колгоспові в організації дитясел, режиму харчування та інш.

7) Нагляд за громадським харчуванням в колгоспах.

8) Систематична робота з сільськими санкомісіями.

9) Саносвітробота.

10) Утворення короткотермінових курсів першої допомоги серед колгоспників.

11) Здійснення систематичного впливу на будівництво селянських хат та інших будинків на селі.

М. Мельник

II. Наукова робота. Кадри

Експедиція Українського Сан. Бак. Інституту в м. Рикові (Донбас) на вивчення черевного тифу та дизентерії

Ось уже чимало років вивчення черевного тифу та дизентерії є в центрі уваги 1-го Укр. Санбакінституту. Це питання відображається так у виробничій, як і науково-вислідувальній роботі інституту.

Особливості розвитку черевного тифу та дизентерії в Донбасі утворює для вивчення значні труднощі. Вони є також у справі підшукання дійних метод боротьби з цими захоруваннями.

Дослідження йде двома напрямками: а) експедиційним і б) лябораторно-експериментальним.

Щороку на час епидемії (липень — жовтень) інститут відряджує до Донбасу спеціяльні експедиції, що вивчають епідемії на місці. Протягом осінньозимового періоду інститут докладно вивчає здобутий у себе матеріял.

Цього року інститут одрядив до Донбасу дві експедиції: одну — на рудню „Вітка“ (кол. Сталінської округи), а другу до м. Рикова на Артемівщині. Обидві експедиції працюють ось уже декілька місяців.

Вітківська експедиція заходиться переважно навколо вивчення ролі бацилоносійства в розповсюджуванні черевного тифу й дизентерії, в якій мірі мухи діють у справі дисемінації (розсіюванні) віруса, яка є в цьому роля шахти тощо. Попередні дані про наслідки роботи цієї експедиції доводять, що їй пощастило зібрати цікавий й важливий за його практичними висновками матеріял.

Риківська експедиція вивчає ряд інших питань. Провадиться насамперед вислідування етіології літніх колітів (на території кол. Артемівщини інститут провадить цю роботу вперше). Дизентерійний „пейзаж“ Риківської епідемії різачки досить ріжноманітний. У цьому розумінні епідемія анальогічна Сталінсько-Макіївській і просто протилежна Алчевській. Тоді як в Алчевському минулого року дизентерія була викликана паличкою Shig'a, Риківська епідемія дає цілу гаму мікробів (Shig'a, Strong, Sonne, Куліша, Schitz — Штуцер, d'Herelle та інші). Ця різноманітність, звичайно впливає на тяжкість епідемії, обумовлюючи водночас ріжноманітність терапії.

У процесі роботи експедиції внесено істотні зміни в методику лябораторного дослідження на дизентерію, що значно полегшили діягностику, скоротили термін дослідження з моменту взяття матеріялу до визначення виділеної культури. Це дає чималу економію витрачання дорогоцінних поживних середовищ.

Цю методику перевірено на кількох тисячах посівів: вона дала цілком сприятливі результати.

Одночасно з вивченням етіології колітів, запроваджено важливі спостереження змінювань дизентерійної мікрофлори в живому організмі (хворого й носія). Ці спостереження тривають далі.

Експедиція зробила щось із тисячі робітникам досвідну вакцинацію per os дезинтерійною тетравакциною (складеною з чотирьох найрозповсюдженіших у Донбасі типів дизентерійних паличок). Після скінчення епідемії дизентерії можна буде скласти підсумки ефективности нової вакцини.

Цього року експедиція провадила далі свої спостереження щодо лікування дизентерійних хворих бактеріофагом. Минулого року ці спостереження провадилися переважно в Алчевському (див. журнал „Врачебное Дело“ ч. 9 за 1930 р.) і дали чималий успіх.

Дуже цікаві спостереження епідеміологічного чину проведено підчас обслідування молочної фарми, їдалень на рудні „Червоний Профінтерн“ та інш.

Щодо черевного тифу, експедиція власно тільки недавно розпочала вивчення його.

Із питань, що стосуються черевного тифу, які експедиція частково вже вивчила, варто відзначити такі:

1) Установлено, хто саме з тих, що хворіли на черевний тиф минулого року, живе й тепер у Рикові; усіх оцих осіб обслідують на бацилоносіння.

2) Зроблено шкіряну реакцію черевно-тифозним токсином дітям і дорослим, щоб виявити їхню іммунність щодо черевного тифу. Досі цю реакцію провадили переважно на здорових. Тепер її перевірятимуть на хворих. Це дає можливість вирішити питання про специфічність цієї реакції, отже й про практичну її ціняість.

3) Проведено досліджування нової методики посіву крови черевнотифозних хворих на гемокультуру. Ці досліджування тривають і далі.

У складі експедиції перебувають інфекціоністи, що провадять клінічні спостереження черевного тифу в Донбасі.

Тут ми коротенько виклали характер роботи експедиції, не згадуючи про ряд питань, що перебувають в процесі вивчення. Докладніше про це скажемо другого разу.

Санбакінститут
м. Харков

Ю. Кушнір

За повне й рішуче розв'язання проблеми медкадрів

Проблема кадрів, що так гостро стоїть тепер перед усіма галузями народнього господарства, не минула й справи охорони здоров'я.

Величезне зростання нашої медично-санітарної сітки впирається в брак медичних кадрів. Це ще збільшує нерівномірний й неправильний розподіл медсили проміж містами, з одного боку, й селом та промисловими районами — з другого. Найнебезпечніший стан є тепер у Донбасі, в прикордонних районах й районах суцільної колективізації. Заявки цих районів останніми двома тижнями вже перевищують наші можливості. Потрібно 100 лікарів, 1.200 чол. середнього медперсоналу, 200 фармацевтів. Коли ми навіть врахуємо випуск 1931 року медичних і фармацевтичних інститутів, то на кінець 1931 р. дефіцит сягатиме — 1.709 лікарів, 200 фармацевтів і 100 лябораптів. Такий дефіцит буде навіть коли ми погодимось на 30 — 40% сполучення посад у містах.

Вже тепер гостро стоїть питання **негайно** забезпечити кадрами Донбас і інші наші аванпости. Сьогодні — це ми можемо зробити й вже робимо, усуваємо різку нерівномірність між забезпеченням медсилами міста та сіл. Протягом місяця ми надішлемо майже 1.000 медробітників (лікарів, лікпомів і фармацевтів) з 40 колишніх окружних міст в Донбас і на село. Міста ж мають це відшкодити збільшенням сумісництва.

Проте, чи розв'язує це проблему? Звичайно, ні.

Треба тепер, не гаючи часу, поставити перед собою питання утворення кадрів. Треба підрахувати успіхи минулого року й за всяку ціну добитися, щоб найближчими роками забезпечити охорону народнього здоров'я потрібними силами.

Цей рік для нас є перелімний, бо справа медичної освіти з директиви партії перейшла в руки свого безпосереднього споживача — Наркомздоров'я. Наркомздоров'я заходився насамперед перебудовувати всю медичну освіту, так вищої, як й середньої школи. Утворили санітарно-гігієнічні, охматдитські, стоматологічні й лікпрофілактичні факультети в медінститутах. Організували 2 фармінститути, утворили медично-паталогічний ін-т, єдині диспансери, санітарно-харчові технікуми, що мають дати народньому господарству такого медробітника, який зможе задовольнити вимоги реконструктивного періоду. Перебудовано навчальні пляни, програми технікумів і інститутів. Скорочено терміни проходження курсів. Оце все забезпечує поліпшення якости наших кадрів.

Проте, Наркомздоров'я не обмежився лише переробльованням, а починаючи з цього року, став до боротьби за поповнення кадрів. Шостимісячний строк дав чималі наслідки. Новий медінститут в центрі Донбасу — в Сталіному, 45 нових медичних технікумів (кількість їх збільшено більш, ніж удвоє), новий інститут удосконалення лікарів в Дніпропетровському новий медично-педалогічний інститут на базі технікуму охматдиту. Розгорнено велику сітку заочної медичної освіти. Вже розпочав роботу заочний медін. (прийнято 1.500 студентів), заочний фармінститут, заочний стоматологічний інститут, заочні акушерські курси і технікум єдиного диспансеру, заочні підготовні курси для середнього персоналу і т. д. Ця сітка вже тепер охоплює близько 20 тисяч чоловіка й зростатиме щороку.

Соціяльний склад наших медВИШ'ів і медтехнікумів був досі дуже незадовільний й не міг гарантувати нормальний розвиток соціялістичної здоровохорони, систему єдиного диспансеру, забезпечення кадрами Донбасу й соціялістичного сектору. Наркомздоров'я поставив перед собою серйозне завдання — добитись, щоб там ні було, поряд цілковитого заповнення континґенту прийому, також поліпшити його соціяльний склад, за рахунок робітників та селян соцсектору села. Це й пощастило здійснити. Соціяльного складу, що його намітили директивні органи, додержано навіть з перевищенням.

Уперше до медВИШів вступило 49% робітників і дітей робітників, 32% селян колгоспників і тільки 19% кращої частини службовців. Таке ж співвідношення ми бачимо й по технікумах: 48% дітей робітників, 32% селян і 20% службовців. Нема одногож ВИШ'у або технікуму, що не виконав би дану йому норму прийому.

Ці досягнення, про які ми тут рапортуємо, не повінні затуляти труднощі, що стоять на нашій путі до повного й ріпучого розв'язання проблеми медичних кадрів на Україні. Треба докласти ще багато зусиль і труда, щоб справді перебудувати медичну освіту, добитися повної консолідації всіх складових частин її, знайти докласти ще багато зусиль активізувати роботу та життя студентства й педагогічного персоналу.

За всяку ціну ми повинні також розв'язати проблему кадрів для кадрів.

І. Хв. Сербінов

Підготовка кадрів протихемічної оборони

Майбутня війна зітре межі поміж фронтом і тилом.

Супротивник намагатиметься розладнати тил, порушити правильне постачання армії харчування й бойових припасів і тим самим знизити її боєздатність.

З моменту оголошення війни широко пристосуватимуть повітряні наскоки, вживаючи отруйні речовини. Кінець прийдешніх боїв, прийдешньої війни вирішатимуть повітряні фльота й хемічні засоби нападів.

Майбутню війну ми маємо право назвати війною „повітряно-хемічною".

Під повітряні наскоки підпадуть більш або менш значні залюднені пункти й насамперед залізничні вузли, великі промислові підприємства, адміністративні центри тощо.

В такий спосіб, для величезної маси населення утворюється безпосередня загроза хемічної поразки.

У зв'язку з цим і вимоги до медично-санітарної служби в умовах майбутньої війни незміряно збільшаться. У медперсонала, що обслуговує не тільки Червону Армію, але й усе населення, встануть відповідальні завдання. Щоб виконати їх кожен лікар, кожен лікпом і сестра, кожен санітар повинен володіти протихемічною зброєю.

Чи напоготові медробітники України до того, щоб в перший-слушний момент пристосувати цю зброю? Чи знають вони цю зброю? Чи досить вони її вивчили? На всі ці запитання треба відповісти негативно, бо широкі кола медробітників і багато керівників охорони здоров'я ще недосить оцінили значення оборонних заходів і, зокрема, щодо протихемічної оборони.

На місцях недосить уперто та енергійно ставлять ці питання. Звідси й ті мінімальні досягнення, що ми їх маємо в галузі підготовки кадрів, потрібних нам для роботи в умовах протихемічної оборони.

Збільшувана загроза війни вимагає від нас найближчим же часом рішуче зрушити цю галузь.

Медробітник, що не вміє надати допомогу в умовах хемічного нападу, подібний бійцеві, що не вміє в бою володіти зброєю.

Кожний райздоровінспектор або голова секції охорони здоров'я повинен поставити за своє найближче завдання організацію курсів ПХО та охопити ними ввесь медичний склад.

До цієї роботи треба безперечно притягти широку суспільність і, насамперед, ТСО-Авіяхем та Червоний Хрест.

Ми маємо вже тепер на Україні й в РСФРР курси підготовки кадрів організаторів медично-санітарної служби в умовах протихемічної оборони.

Лікар, що прослухав ці курси, повернувшись повинен активізувати справу підготовки медперсоналу, віддаючи широкій масі робітників свій досвід і знання, провадячи рішучу боротьбу з профанацією на ділі підготовки кадрів.

Курси, що їх організується на місцях, повинні охопити всіх без винятку медробітників, щоб цілком ліквідувати поміж них „хемічну неписьменність".

Ми вважаємо, що поряд спец. курсів, треба, щоб усі курси перекваліфікації й підготовки медичного персоналу втілювали елементи протихемічної оборони, відповідно до кваліфікації и призначення курсів.

Це має особливо важливе значення для клінічних груп медперсоналу. Терапія уражених отруйними речовинами вимагає значної серйозної й ґрунтовної підготовки. Кількість отруйних речовин надто велика. Багато з них мають свої властиві їм особливості, а тому лише знання токсикології отруйних речовин, їхньої хемічної природи тощо дасть змогу здійснити специяльні заходи.

Не зважаючи на достатню перекональність цих тверджень, треба проте відзначити все ж часте й грубе їхне порушення.

Не зважаючи на очевидний брак підготовлених лікарів, що знаються на ПХО, райвиконкоми й міськради якось неохоче заповнюють надані їм на курсах місця. Є навіть випадки зриву командіровок без досить поважних причин.

Є й такі недоліки, як невикористання лікарів, що набули вже кваліфікації. Поряд цього є й такі, що ухиляються від роботи. Бракує точного обліку підготовлених кадрів тощо.

Оце все утворює зовсім нетерпиме становище. Треба відверто сказати, що це питання недосить оцінили не тільки широкі маси лікарів, не тільки керівники справи охорони здоров'я на місцях, але й окремі установи, що мають за завдання підготовляти кадри.

Ми повинні саме тепер уже домомогтися рішучого перелому в оцінці значення найвідповідальнішої дільниці нашої роботи. Хемічну неписьменність треба ліквідувати по всіх районах та містах.

Справа підготовки лікарів-фахівців у справі мед. саніт. служби в умовах протихемічної оборони повинна притягти увагу всіх райздоровінспекторів, усіх голів секцій охорони здоров'я й усього медичного персоналу України.

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. КАДРИ

213. Про участь медробітників у кампанії перевиборів рад

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (РЗІ) та голів секцій охорони здоров'я міськрад

Наступні вибори сільських і міських рад повинні проходити під гаслом упертого енерґійного здійснення постанов XVI з'їзду партії, що дійсно був з'їздом соціялістичного наступу на всіх дільницях роботи.

Маса медробітників, наші наукові робітники повинні підчас перевиборів цього року докласти максимум енергії та активности в галузі найширшого роз'яснення трудящим масам політичного значення виборів цього року, значіння боротьби проти клясових ворогів, які намагаються всіляко утруднювати соц. будівництво.

Радянська охорона здоров'я поряд основного свого завдання й мети — бути на варті охорони здоров'я трудящих мас, вимагає від усіх медпрацівників свідомої активної участи в роботі, в забезпеченні успіху соц. будівництва, а на теперішній момент — забезпечення виконання промфінпляну 3 го року п'ятирічки.

Наркомздоров'я закликає всіх робітників охорони здоров'я взяти найактивнішу участь в наступних перевиборах рад, так особисто — через явку

на збори, голосування тощо, як і допомагаючи всім органам та організаціям, що керують виборами.

Лікар, лікпом, санітар, ляборант — всі повинні бути активними учасниками передвиборчої та самої виборчої роботи. Тут повинна виявлятися активна участь в перевірці та обговоренні роботи рад, з'ясуванні порядку виборів, основних постанов, надрукованих в „Вістях" з 21 жовтня ц. р. та інше. Особливою повинна бути участь медробітників у справі пожвавлення роботи місцевого активу. Треба, щоб по всіх радах за активною допомогою медсанробітників було утворено секції та комісії здоровоохорони, щоб у роботі останніх почувалася повсякденна допомога наших медробітників. Найважливішу участь робітники охорони здоров'я повинні обов'язково виявити в широкій звітній кампанії, що оце тепер розгортається. На зборах, конференціях тощо треба зосереджувати думку трудящих навколо питань охорони здоров'я, з'ясовуючи виборцям стан здоровоохорончої справи в районі (місті), обстоюючи збільшення асиґнувань, обладнання лікустанов тощо. Особливо ж треба використати час виборчої кампанії, щоб утворити нові, та посилити роботу колишніх осередків громадськости, як КОПІП'ів, санкомісій, груп сприяння тошо, а взагалі всього пролетарського активу, що цікавиться справою охорони здоров'я та заходиться навколо цієї справи.

Найздатніших медробітників треба висувати, як кандидатів до рад, бо свідомі та віддані радвладі медробітники зможуть забезпечити загальну успішну роботу рад, а разом із цим запровадження заходів широкої профілактики та охорони здоров'я трудящих.

Відомості про участь медробітників у кампанії перевиборів рад (у комісіях, на зборах, ревізійних органах), про обраних у раді медробітників Наркомздоров'я просит повідомляти його окремими листами.

У відомостях треба також зазначити потрібний цифровий матеріял.

Заст. Наркома охорони здоров'я **Нагорний**

Кер. оргінстру **Кушнір**

(Об. розп. НКОЗ'у ч. 618—і з 1 листопада 1930 р.).

214. Про охоплення керівництвом здоровоохорончої роботи в районі

До всіх райвиконкомів (райздоровіоспекторів)

Копія до НКОЗ АМСРР

(Окремо не надіслано).

З ліквідацією округ і перенесенням центру ваги всієї роботи до районів, перед райздоровінспекторами повстало питання охопити керівництвом всі галузі медично-санітарної й саносвітньої роботи на місцях, втягнення робітниче-селянського активу до дійсного будівництва радянської здоровохорони, а також приєднання всіх медробітників району до соціялістичного будівництва народнього господарства (участь в засівкампаніях, хлібозаготівлі, розповсюдженні позик, тощо).

Від багатьох райздоровінспокторів ще немає достатнього охоплення керівництвом роботи здоровоохорони в районі, спостерігається намір уникнути відповідальности, прагнуть перекласти вирішення біжучих питань здоровоохорони на місцях, мала ще участь медробітників в переведенні на селі і районі політичних кампаній.

Виходячи з цього, Наркомздоров'я пропонує:

1. На підставі положення про функції райздоровінспекторів і додаваного до цього типового пляну роботи райздоровінспектора—скласти конкретний плян роботипритягнувши до пляновоі роботи всі підвідомчі району медустанови.

2. Вимагати від всіх керівників лікпрофустанов району певної відповідальности за доручену роботу, максимально проводячи в життя принцип єдиноначальности.

3. Своєчасно забезпечити максимальну участь усіх медробітників в широкому обговоренні плянів роботи інспектури, медустанов, контрольних цифр і кошторисів 1931 року.

4. Сприяти й допомагати місцевим профорганізаціям в справі втягнення медробітників до участи в господарсько-політичних кампаніях на селі.

5. Пильно стежити за заходами успішного виконання проифінпляну, через боротьбу з аґравантами, симулянтами та прогульниками.

6. Популяризувати постанову ЦК ВКП та перевірити всі виконання всіх розпоряджень НКОЗУ щодо поліпшення меддопомоги робітникам промпідприємств (відкриття пунктів першої допомоги, вечірні прийоми, аптечки в колгоспах, медпункти, медбриґади та інш.)

7. Перевірити роботу соцзмагання, ударництва, роботу взаємного шефства інспектур та підприємств, згідно з вказівками Наркомздоров'я (див. обіжн. № 7/33 з 8 червня 1930 р.).

Нарком охорони здоров'я **Канторовіч**

Керівник орг. інстр. сектора **Кушнір**

Зразковий плян роботи райздоровінспектора

на—————квартал

(*Кількість обслідувань є орієнтовна: її можна змінювати залежно від району*)

В галузі лікувальній. Обслідування 2 лікарень, 1 поліклініки,— амбуляторій 4 медпунктів.

а) Обслідування повинно охоплювати питання; заповнювальности ліжок, соціяльного складу хворих, розподілу ліжок за фахом штату лікарні, робота відділків лікарні. Кваліфікація медперсоналу. Забезпечення лікарні харчуванням, білизною та встаткуванням. Санітарний стан лікарні. (кухня, убиральні, водопостачання, опалення). Наукова робота (історії хвороб тощо). Зв'язок з амбуляторіями і медпунктами. Участь медперсоналу в загальному житті села Переведення клясової лінії в медобслуговуванні. Взаємовідносини в середині установи.

б) Амбуляторно-поліклінічна допомога: Реєстрація хворих, соціяльний стан амбуляторних хворих. Прийом за окремими фахами. Черги. Стан постачання та видачі ліків, Лік. формули НКОЗ та їх вживання. Профілактична робота відділків, кабінетів зв'язок з робочими масами, організація лекцій на підприємствах, клюбах. та радгоспах). Саносвітня робота в стінах амбуляторії та поліклініки. Диспансеризація робочих, Санація зубів школярів. Робота КОПІП'ів при поліклініці та їх робота. Профілактичний день і як він використовується.

2. Охматдит. Обслідування одної дитконсультації, дитясел, роботи лікаря ОЗДП.

а) штати дитконсультації та кількісна навантаженість на 1 лікаря. Охоплення народжених. Патронажна робота, Робота молочної кухні. Зв'язок лікарів консулатації з жіночими організаціями. Робота Ради Соціяльної Допомоги. Розмір та джерела прибутків. Матеріяли роботи.

б) обслідування двох дитясел: Склад медперсоналу. Порядок денний. харчування, одяг дітей. Санстан ясел. Виховательна робота. Соціяльний склад дітей. Джерела фінансування.

в) обслідування та заслухання доповіді—1 лікаря ОЗДП. Обслуговування школярів. Гарячі сніданки. Джерела коштів. Санітарний стан шкіл. Переведення літньої оздоровної кампанії. Переведення самодіяльности батьків учнів.

г) обслідувати та перевірити роботу—1 санлікаря транспорту. Робота щодо саногляду. Кількість роботи. Робота санітарних комісій сільрад. Санепід обслуговування колгоспів та радгоспів. Віспощеплення та система його запровадження. Процент щеплень серед дорослого та дитячого населення. Заходи боротьби з кишковими захворуваннями, шкарлятиною. Епідеміологічне обслідування та вивчення епідемічних вогнищ. Шпіталізація інфекціонних хворих. Робота пошесних бараків. Дезінфекційна робота. Саносвітня робота санлікаря.

3. Обслідування одного тубвендиспансеру. Облік первісних та повторних відвідувань. Обслідувательна робота. Робота ради соціяльної допомоги. Зв'язок з лікувальними установами, з громадськими організаціями.

4. Обслідування меддопомоги колгоспів, радгоспів, МТС та організація меддопомоги на час жнив, посівної кампанії та інш.

5. Перевірка диференцьованого обслуговування застрахованих в медустановах фонду допомоги застрахованим.

6. Перевірка роботи з соцзмагання та ударн. установ.

7. Поставити одну доповідь про стан роботи на президії РВК, на підприємстві, колгоспі, комуні тощо.

8. Скликати районне зібрання лікарів раз на 6 місяців.

9. Здійснити директиву про взаємне шефство медустанов та підприємств, колгоспів, комун тощо.

10. Щодекади скликати інспект. районну нараду після обслідування з заслуханням доповіді зав. медустанов

11. Опрацювати тези районного з'їзду.

12. Опрацювати матеріял контрольних цифр на 1931 рік.

13. Вивчити стан кваліфікац. й перекваліфікації середнього персоналу.

14. Участь в наукових конференціях.

215. Про порядок звертань до НКОЗ

(Окремо не надіслано)

До всіх райздоровінспекторів, міськздоровінспекторів, МСУ

За останній час спостерігається, що багато медробітників звертаються листовно, та проїжджають персонально по ріжних справах особистого характеру безпосередньо до НКОЗ, минаючи райздоров інспекторів та міськздоровінспекторів, яким вони підлеглі.

Отже НКОЗ пропонує широко оголосити до відому всіх медробітників, що по всім питанням вони повинні звертатися виключно до тих органів, яким ці медробітники підлягають, тобто до райздоровінспекторів, міськздоровінспектур, медсанупрів транспорту.

До НКОЗ'у окремі робітники можуть звертатись по особистих справах лише з порядку скарг. Прижїджати до НКОЗ можна виключно при наявности дозволу від органа охорони здоров'я, або надання відповідної відпустки. Особи, що будуть приїжджати до НКОЗ, без відповідних документів, тобто що самовільно кидають роботу приїматись в НКОЗ не будуть і заяви їх не розглядатимуться.

За Наркомздоров'я—Зав. сектору кадрів **Хармандар'ян**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 14—510 з 1 листопада 1930 р.)

216. Про утворення міжрайонових санітарних станцій

До райвиконкомів і міськрад м. м. Житоміра, Глухова, Конотопа, Коростеня, Чернигова. Бердичова, Білої Церкви, Вінниці, Гумані, Кам'янця-Под., Києва, Могилева, Проскурова, Тульчина, Черкас, Шепетівки, Ізюма, Кремінчука, Куп'янки, Ніжень, Прилуки, Ромен, Сум, Харкова, Зінов'ївського, Маріюполя, Мелітополя, Одеси, Першомайського, Старобільського, Херсона, Дніпропетровського, Запоріжжя, Кривого Рога, Артемівського, Луганського, Сталіна, Лубень, Полтави

Наркомздоров'я при цьому надсилає для керівництва положення і інструкцію для міжрайонової санітарної станції й пропонує утворити такі на базі кол. округової санбаклябораторії, додавши до її штату мінімально персоналу, що його вказано в п. 13 інструкції.

За директивою Урядової комісії по ліквідації округ від 26 липня 1930 р. (копію цієї постанови НКОЗ надіслав 20 вересня № 222/19) установи міжрайонового значення

залишаються на бюджеті того міста, або району, де вони розташовані, в зв'язку з чим всі асигнування по станції треба залічити до місцевого бюджету в розмірах, що забезпечують всі її функції.

Наркомздоров'я пропонує скласти спис районів, що інспектура вважає за потрібне прикріпити до міжрайонової станції та надіслати до НКОЗ на затвердження.

НКОЗ ще раз вказує, що утворення та розвиток діяльности міжрайонових санітарних станцій дуже важливо, щоб не погіршити санітарно-епідемічного обслуговування районів і міста і пропонує повідомити НКОЗ про стан цієї справи.

Заст. Наркомздоров'я—зав. медсансектору **Кустелян**

За кер. сан. епід. групи **Пижов**

(Об. розп. НКОЗ ч. 322-20 з 29 жовтня 1930 р.).

Затвердила: 11-X 1930 р. Заст.
Наркомздоров'я **М. Кустелян**

217. Положення

про міжрайонові санітарні станції

1. Міжрайонові санітарні станції утворюються для об'єднання протиепідемічної діяльности в групі обслуговуваних ними районів і надання районам кваліфікованої допомоги в галузях епідемічної роботи, санітарної та сан.-тех. консультації для лябораторних досліджень.

2. Міжрайонова санітарна станція складається з двох відділів:

1) санітарно-гігієнічного і 2) епідеміологічного.

До складу сан-гігієнічного відділу належить:

1) сан-гігієнічна лябораторія.

2) санітарне та санітарно-технічне бюро в складі санлікарів спеціялістів і сан. інженерів.

До складу епідеміологічного відділу належить:

1) бактеріолог. і серологічна лябораторія,

2) малярійне відділення (малярстанція),

3) пастерівське відділення (Пастерстанція),

4) епідбюро (епідлікарі), дезінструктор, прищепний персонал та інш.

3. Завдання станції є:

а) об'єднувати протиепідемічну роботу по районах:

б) стежити за рухом епідемічних захорувань по районах;

в) розробляти та вивчати відомості про рух інфекційних захорувань;

г) обслідувати в потрібних випадках вогнища пошесних захорувань на місцях і давати консультацію в справі їх ліквідації;

д) участь в переведенні профілактичної та протиепідемічної роботи на місцях;

е) вивчання причин розповсюдження інфекційних захорувань складання мап, нарисів і доповідей, що характеризують санітарне та епідемічне становище районів;

ж) консультація та інструктування районових медустанов і робітників в галузі серобактеріологічних, діягностичних санітарних лябораторних досліджень і епідеміологічних обслідувань.

з) консультації та інструктування районів в галузях житлової, комунальної та харчової санітарії.

4. В разі невиконання районовими медико-санітарними організаціями вказівок міжрайонової станції щодо переведення санепідзаходів — санстанція передає такі питання на розв'язання Наркомздоров'я.

5. Завідування міжрайоновою станцією покладається на окремого санітарного лікаря і тільки в окремих випадках, з дозволу НКОЗУ, на завідателя сан-бак. лябораторії.

6. Для проробки науково-практичних питань при міжрайоновій станції працює постійна Рада станції в складі завідателів відділів станцій та інших відповідних робітників станції.

7. Для обговорення пляну робіт станції та ув'язки саніт. та епід. заходів на районах при станції періодично скликаються наради з районових мед.-сан. робітників і представників громадських професійних організацій.

8. Пляни робіт міжрайонових станцій складаються на базі відповідних районових плянів санепідроботи і остаточно затверджуються Наркомздоров'я.

9. Міжрайонові санстанції перебувають на місцевому бюджеті.

10. Міжрайонна санітарна станція забезпечується постійним транспортом і коштами для роз'їздів співробітників по районах.

11. Міжрайовові санітарні станції провадять свою роботу за директивами НКОЗ, під керівництвом РВК'ів і міськрад, що на їх територї вони розташовані.

12. Там, де немає спеціяльної міської санбакляборатoрії, міжрайонова санітарна станція обслуговує лябораторними аналізами також і місто; міська ж санітарна організація до складу міжрайонової санітарної станції не входить.

Інструкція

про організацію та роботу міжрайонної санітарної станції

1. Міжрайонні санітарні станції в своїй роботі повинні обслуговувати прикріплені до них райони кваліфікованим протиепідемічним і санітарним доглядом, інструктувати в самих же галузях і в галузі лябораторної роботи, безпосередньо обслуговувати лябораторними аналізами ті райони, де лябораторій немає або вони не можуть виконати деякі види досліджень.

2. Міжрайонна санітарна станція ув'язує свою роботу так з плянами робіт районів, як і з роботою міської санітарної організації, щоб за спільними плянами провадити оздоровну роботу по місту та прилеглих районах.

3. Міжрайонні санітарні станції засновуються на базі санітарно—бактеріологічних лябораторій кол. округних або значних районних.

4. Відповідно до своєї структури, зазначеної в положенні, міжрайонна санітарна станція провадить таку роботу.

А. По сангігієнічному відділкові

а) провадить дослідження води, повітря, харчових продуктів та інших сангігієнічни аналіз так в порядкові плянового вивчення окремих питань санітарного стану в обслуговуваних містах та районах, так і за окремими вимогами міських, районних санітарних лікарів або установ;

б) провадить контролю й консультацію постановки сангіг. досліджень в районних сан. бак. лябораторіях;

в) інструктує через санлікарів — спеціялістів постановку спеціяльних видів санітарного догляду: житлового, комунального та харчового;

г) надає санітарну й санітарно-технічну консультацію з різних видів будівництва по районах;

д) провадить безпосередній огляд окремих значних об'єктів санітарного догляду;

е) розроблює пляни спеціяльних санітарних обслідувань;

ж) збирає відомості, що характеризують санітарний стан районів;

з) складає санітарний опис районів;

и) розроблює проєкти обов'язкових постанов по санітарно-епідемічній частині для районів.

к) здійснює представництво в міжрайоновому управлінні будівельної контролі та інших міжрайонних установах у питаннях санітарного догляду та санітарної консультації.

Б. По епідеміологічному відділкові

а) Міжрайонна санітарна станція зосереджує всі матеріяли, що характеризують епідемічне становище районів а міста і одержує регулярно відомості про рух інфекційних захорувань по них. Про перші випадки гострих інфекцій за окремим списком міжрайонна санстанція одержує негайні повідомлення про переведення безпосередніх обслідувань;

б) на підставі цих відомостей міжрайонна сан. станція попереджує міських та районних інспекторів охорони здоров'я про виникнення епідемічної небезпеки з боку прилеглих місцевостей;

в) міжрайонна сан. станція складає пляни спільних протиепідемічних заходів для міста та обслуговуваних районів і консультує в усіх питаннях його переведення в життя,

г) провадить бактеріологічні і серологічні аналізи так в пляновому порядкові, як і за окремими вимогами санлікарів і мед. сан. установ, здійснюючи контролю за постановкою цих досліджень по районних лябораторіях.

д) обслуговує пастерівськими прищепленнями місто та райони, де немає пастерівських пунктів.

е) провадить безпосередні епідеміологічні обслідування окремих огнищ і випадків інфекційних захворувань, якщо це викликає важливість випадків,

ж) складає описи епідемічного становища районів і відчити для НКОЗ про заходи боротьби з ними

з) провадить систематичну контролю над роботою дезкамер по районах та інструктаж щодо постанову дезінфекційної справи,

и) провадить спеціяльну роботу щодо вивчення малярійности районів та організації боротьби з нею;

5. До складу станції входять спеціялісти санлікарі та епідеміологи і санінженери, ляборанти та середній епід. і сан. персонал.

6. На чолі станції стоїть санітарний лікар, що об'єднує роботу станції, відчитується за її роботу, складає бюджета та є розпоряднисом кредитів станції.

7. Завідувача станції підпорядковується секції охорони здоров'я міськради, або райздоровінспекторові того міста або району, де розташована санстанція.

8. Територія, що її обслуговує станція, складається з районів, що мають природнє тяготіння до місця розташування станції, перелік цих районів затверджує НКОЗУ.

9. Санітарні лікарі міжрайонної санстанції користуються в галузі санітарного догляду всіма правами, що їх надає законом „Про санітарні органи Республіки".

10. Міжрайонна санітарна станція періодично складає доповіді про свою роботу на засіданнях президії й пленуму відповідних РВК'ів.

11. Щорічний плян роботи станції складає зав. станції, розглядає його Рада станції і нарада з представників районів, після чого затверджує НКОЗУ.

12. Якщо в місті, де розташовано станцію, немає окремої міської санбакляборторії, станція обслуговує ляборторними аналізами також і місто.

13. Штати міжрайонних сан. станцій складаються зі штатів тих сан.-бак. ляборторій, малярстанцій та пастерівських станцій, що увійшли до складу станцій міжрайонної і, крім того, мінімально:

Зав. станції, лікар-епідеміолог, санлікар харчовий, санлікар житло-комунальний, дезінструктор, статистик і відповідний госп. персонал.

14. Санітарні лікарі-спеціялісти міжрайонних санстанцій при консультаційній та інструктивній роботі по всіх районах здійснюють безпосередній саніт. і протиепідемічний догляд в спеціяльних галузях на терені того району, де розташовано санстанцію.

Затвердив: Нарком Охорони
Здоров'я т. **Канторовіч** 6-XI—1930 р.

218. Положення про міжрайонову клініко-діягностичну ляборторію

1. Міжрайонова клініко-діягностична ляборторія утворюється при одній з великих амбуляторних установ (поліклінік) в кол. округових містах або в одному з районів.

2. Спис міжрайонових клініко-діягностичних ляборторій, а також опис районів, що прикріплюється до кожної з них, встановлює НКОЗУ.

3. Міжрайонова клініко-діягностична ляборторія існує за певним складеним для неї кошторисом і має свого завідателя,

4. Міжрайонову клініко-діягностичну ляборторію підпорядковується керівникові лікустанови, що до її складу вона увіходить, і в питаннях обслуговування клініко-діягностичними дослідженнями населення районів, що до неї прикріплені, вона керується порядком, встановленим від РЗІ або секції охорони здоров'я міськради місця її розташування.

5. Звіти про свою діяльність міжрайонова клініко-діягностична ляборторія подає установі, що вона їй підпорядкована й до складу якої вона увіходить.

6. Міжрайонова клініко-діягностична ляборторія переводить дослідження крови (загальні й спеціяльні), сечі, харкотини, калу, бактеріологічні та бактеріоскопічні, дослідження ексудатів і трансудатів, серологічні дослідження, зокрема—реакцію за Васерманом.

7. Залежно від своєї перепускної здатности, міжрайонова клініко-діягностична ляборторія розподіляє поміж прикріплених до неї районів певну кількість досліджень та дні, коли повинні приходити хворі, щоб взяти в них об'єктів досліджень або коли райони повинні надсилати об'єкти, що їх взято у хворих на місці.

Увага. Інструкцію про надсилку з районів узятих на місці об'єктів для досліження буде оголошено додатково.

8. Наслідки досліджень надсилаються від міжрайонної клініко-діягностичної ляборторії поштою до відповідного району.

Затвердив: Заст, Наркома
здоров'я т. **Нагорний** 29-X 1930 р.

219. Положення про міжрайонову лікарню

1. Щоб забезпечити населення районів кваліфікованою та диференційованою за фахами стаціонарною допомогою, встановлюється тип міжрайонової лікарні.

2. Спис лікарень, яким надається міжрайонове значіння, встановлює НКОЗУ.

3. Міжрайонові лікарні. щодо адміністрування підпорядковуються тій міськраді, або тому РВК, на терені якого вони існують.

4. Міжрайонові лікарні утримуються коштом бюджету тієї адміністративної одиниці, на території якої вони розташовані та в централізованому порядкові одержують певну дотацію за бюджетом тих районів, що до них прикріплено Спис адм. районів, яких обслуговує міжрайонова лікарня, встановлює НКОЗУ за матеріялами та даними місць.

5 Щороку за окремим списком, що його складає Наркомздоров'я та погоджує з НКФ, встановлюється порядок фінансування міжрайонових установ та розмір дотації для окремих районів.

6. Щоб виконати завдання, що їх зазначено в п. 1 цього положення, міжрайонова лікарня повинна мати такі відділки:

а) терапевтичний з дитячим підвідділком,

б) хірургічний з очним та вушним підвідділком,

в) гінекологічний з абортним підвідділком.

г) пологовий, коли в місці його району не має окремого пологового будинку.

Примітка: Місткість зазначених підвідділків залежить від місцевих умов. Крім того, бажано для підвищення кваліфікації стаціонарної допомоги мати в складі лікарні рентгенкабінет та клінічну ляборато́рію. Щодо інфекційних відділків, то вони повинні бути в складі лікарні для задоволення потреб шпіталізації інфекційних хворих переважно на території обслуговування.

7. Порядок напрямлення хворих, права та обов'язки головних лікарів встановлюється окремою інструкцією, що її затверджує НКОЗУ.

А. Інструкція щодо роботи міжрайонової лікарні

1. Міжрайонова лікарня, обслуговуючи так населення міста, або свойого району, як і населення районів, що до неї прикріплено, приймає:

а) хворих, що потрібують невідкладної допомоги в лікарні.

Примітка. Спис хвороб та випадків проробляється на місці і доводиться до відому усіх завідувачів сільських амбуляторій, лікарень та інш. установ.

б) Хворих, яких направляється для лікування в тому або інш. відділкові МРЛ.

в) Хворих, яких направляється до стаціонару для консультації, іспиту та остаточного встановлення діягнози.

2. Хворих, що потрібують невідкладної допомоги в лікарні приймають так при наявності попереднього запитання лікарні про можливість направити хворого, як й без нього.

3. Хворих, що потрібують лікування в МРЛ, крім зазначених у літ. „а", бажано приймати лише за умовою попереднього запитання від периферійної установи або лікаря.

4. Там, де сполучення з міжрайоновою лікарнею дуже кепське й не забезпечує своєчасної відповіді від МРЛ, дозволяється направляти хорих до МРЛ й без попереднього запиту в межах встановлених для таких районів норм.

5. Хворі, що потрібують консультації, іспиту, або остаточного встановлення діягнози, приймаються МРЛ виключно лише якщо згода головлікаря на попереднє запитання.

6. За лікування хворих приписаних до неї районів МРЛ з останніми ніяких рахунків не переводить.

7. Коли в місці існування МРЛ та в прикріплених районах немає поліклініки, єдиного диспансеру або спеціялізованої амбуляторії з Л. К Комісією—остання організується при МРЛ. щоб переводити в міжрайоновому маштабі відбір хворих:

а) для санаторно-курортового лікування.

б) для напрямлення до лікбюро НКОЗ на консультацію й лікування в університетських центрах і на протезування великими протезами.

Б. Права та обов'язки головного лікаря МРЛ.

1. На головного лікаря МРЛ покладається крім загальних обов'язків, що належить головлікарям лікарень, ще й такі:

а) стежити за виконанням установами та лікарями прикріплених районів правил напрямлення хворих до МРЛ.

б) відповідати на запитання про можливість напрямлення хворих до МРЛ.

в) Своєчасно виписувати з МРЛ хворих, що потрібують супроводника та своєчасно повідомляти установи районів, які хворого напрямлюють, або родину хворого про потребу забрати хворого в випадках, коли хворий сам пересуватся не може, але вже не потрібує перебування в МРЛ.

г) Повідомляти про смерть так лікустанову. яка напрямляє хворого, так й родину хворого.

д) Своєчасно разом з випискою хворого повідомляти лікустанови що напрямляла хворого про зреблені останньому операції, про всі зміни в попередній діягнозі та про наслідки лікування й призначений надалі режим.

е) В максимально короткий припустимий термін для докладного обслідування давати висновка й виписувати хворих, яких напрямлено було з на консультацію, іспит та встановлення остаточної діягнози.

ж) Складати звіти за встановленими формами НКОЗУ та додаткові (характер захворувань, розподіл хворих по районах, кількість ліжко—днів тощо).

2. Головному лікареві МРЛ надається право:

а) відмовляти в прийомі хворих, яких надіслано всупереч існуючих правил та які або можуть лікуватися в лікарнях свойого району або не вимагають термінової шпіталізації в МРЛ за характером своєї хороби.

б) Довчасно виписувати хворих, коли попередня діягноза лікустанови не підтвердилась, а відповідне лікування можна надати на місці.

в) Довчасної виписувати хворих за порушення ними правил режиму та внутрішнього розпорядку.

Примітка: В випадках, зазначених під літ. „а“, „“, б „в“—головлікар докладно повідомляє установу, яка надіслала хворого про причини довгочасної виписки або відмовлення прийому хворого.

г) Одержання від установ, що напрямлюють хворих повідомлень про дальші наслідки лікування хворого після виписки з МРЛ, так листовного як і через наради, інструктування лікарів установ обслуговування МРЛ, районів у питаннях, щодо порядку використовування лікарні, окремих її відділків та допомічних установ.

Затвердив: заст. Наркомздоров'я
т. **Нагорний** 29-Х-1930 р.

220. Положення про міжрайонову поліклініку

1. Щоб забезпечити населення районів, в яких ще немає амбуляторій з спеціяльними прийомами або поліклінік з кваліфікованою амбуляторною допомогою, встановлюється МРП,

2. До цього типу належать поліклініки за окремим списком, що його встановлює НКОЗУ.

3. Міжрайонові поліклініки щодо адміністрування підпорядковуються тій міськраді або тому РВК на терені якого вони існують.

4. Спис адм. районів, яких обслуговує МРП, встановлює НКОЗ за даними місць.

5. Міжрайонова поліклініка утримується коштом бюджету тієї адм. одиниці, на території якої вона знаходиться, з дотацією в централізованому порядкові за рахунок бюджетів районів, що їх вона обслуговує.

6. Щороку за окремим списком, що його складає НКОЗ за погодженням з НКФ встановлюється порядок фінансування та розмір дотації по окремих районах.

7. Порядок напрямлення хворих та обов'язки головлікарів встановлюються окремою інструкцією, що її затверджує НКОЗУ.

8. Щоб виконати покладені на МРП завдання, що їх зазначено в п. 1, МРП, як мінімум, повинна мати в свойому складі:

в) спеціяльні кабінети: терапевтичний, хірургічний, гінекологічний, очний, зубний з зубопротезною ляборато́рією, дитячий (якщо в тому самому місці, або самій поліклініці немає консультації ОХМД), кожно-венеричний (якщо немає вендиспанс.), туберкульозний—з кабінетом для накладання пневмотораксу (якщо немає міжрайонового тубдиспансеру).

При МРП існує організація ЛКК. Бажано, щоб крім вищезазначених кабінетів, в складі поліклініки існували:

Кабінет для прийому хворих з вуха, горла, носа й нервових хвороб.

9. МРП повинна бути забезпечена відповідними допомічними установами, а саме: рентґен., хеміко-клінічна ляборато́рія, операційна тощо з достатним обладнанням.

Примітка. До складу поліклініки можуть увійти пункти першої допомоги. організація допомоги вдома, швидка допомога, сантранспорт для обслідування території, на якій розташована поліклініка.

Про порядок роботи МРП

МРП обслуговує так населення свойого району, або міста, як і населення районів, щодо неї прикріплено.

2. Всіх хворих МРП приймає за встановленими загальними для поліклінік правилами, коли вони проживають в мі-ці існування МРП. Щождо хворих прикріплених районів, то встановлюються ще такі додаткові правила:

3. Хворі, які потрібують невідкладної кваліфікованої допомоги й для МРП є за найближчу—звертаються до МРП безпосередньо.

Хворі, яких надсилається з району на лікування до спеціялістів МРП, консультації, спеціяльного доскідження в лябораторії, рентгенкабінеті і т. інш., повинні надсилатись або в межах щоденної норми, яку встановлено за згодою зацікавлених РВК, або бажано після попереднього запитання й позитивної відповіді зав. МРП.

Хворих, яким потрібне систематичне й довготермінове лікування в спецкабінеті, або відділкові МРП, треба направляти саме після одержання позитивної відповіді головлікаря МРП на попереднє запитання.

4. МРП за лікування й інш. види допомоги хворим приписаних до неї районів з останніми будьяких розрахунків не провадять.

Права та обов'язки головного лікаря МРП

1. На зав. МРП, крім загальних обов'язків, які покладаються на зав. поліклінік, покладаються ще й такі:

а) стежити за виконанням установами та лікарями прикріплених районів правил напрямлення хворих до МРП.

б) своєчасно відповідати на запитання про можливість напрямити хворого до МРП.

в) стежити за соціяльним складом хворих, що їх напрямлюють райони, особливо з метою надання спецвидів лікування.

г) разом з поверненням хворого на район стежити за тим, щоб його було задоволено повністю згідно з вимогами лікаря або установи, що хворого надіслала, та повідомляти останніх про наслідки.

д) стежити за правильним та обґрунтованим звільненням робітників інших районів від роботи за тимчасовою непрацездатністю та за оформленням, згідно з існуючим поясненням, лікарських листків, що видаються таким хворим.

е) складати звіти та додаткові по районах, щодо МРП прикріплено з метою виявити характер захворувальности, травматизму, профзахворувань й наслідки диспансерного догляду,

ж) робити доповіді РВК, РЗІ, міськраді, секції, охорони здоров'я, страх. та проф. органам не лише свойого району але й районів, що до МРП прикріплено.

2. Головному лікареві, або зав. МРП надається право:

а) відмовляти приймати хворих, яких надіслано всупереч існуючим правилам.

б) довчасної виписки з гуртожитку хворих.

в) притягати до відповідальности осіб, які постійно та злісно порушують правила використування МРП.

г) так листовного, як і через нараду, інструктування лікарів лікустанов, що напрямляють хворих в МРП. У питаннях щодо порядку використування МРП та її підсобних установ, щодо боротьби з прогульщиками, аґравантами та симулянтами, на підставі конкретних даних МРП.

3. Щодо взаємовідносин МРП з лікарями, санітарною організацією, охматдитом, страх. та профорганами—МРП керується загальними положеннями й розпорядженнями НКОЗУ, щодо цих питань для поліклінік взагалі.

Затвердив: заст. Наркомздоров'я
т. **Нагорний**, 1 листопада 1930 р.

221. Положення про міжрайонну рентгенстацію

Міжрайонові рентгенстанції керуються таким положенням:

1) Як правило, міжрайонову рентгенстанцію організується в місці наявности найбільш міцного та кваліфікованого рентгенкабінету (в більшост в одному з кол. округ. міст) при одній з великих станціонарних або амбуляторних установ.

2) До міжрайонової рентгенстанції прикріплюється низку районів за територіяльною ознаку за списом, що встановлюється НКОЗУ,

3) Міжрайонова рентгенстанція існує на підставі певного складеного для неї кошториса (хоча б вона й увіходила до складу якоїнебудь лікустанови).

4) Коли вона існує самостійно — вона підлягає безпосередньо Р. З. І. або секції охорони здоров'я міськради.

5) Коли вона існує в складі якої небудь лікустанови (в тому числі й єдин. диспансера)—вона беспосередньо підлягає завідателеві цієї лікустанови, а щодо обслуговування населення інших районів—керується вказівками, що їх затверджує Р. З. І.

6) Звіт про свою медичну та господарчу діяльність вона подає до тої організації, якій вона підлягає, звіти про наукову діяльність — до відповідної крайової філії рентгенінституту.

7) Міжрайонова ренгенстанція обслуговує всіма видами рентгендопомоги населення свого району та районів, що до неї прикріплено й що не мають рентгенкабінетів.

8) Міжрайонова рентгенстанція подає складну рентгендопомогу населенню районів, що до неї прикріплено й що мають рентгенкабінети.

9. Міжрайонова рентгенстанція подає консультаційну та організаційну допомогу й керує рентгенсправою прикріплених до неї районових і місцевого значіння рентгенкабінетів.

10) Вона консультує та дає висновки в питаннях складання кошторисів районових і місцевих рентгенкабінетів.

11) Вона розроблює плян розвитку мережі районових рентгенкабінетів (погоджуючи це з відповідними крайовими філіями рентгенінституту).

12) Розроблює міроприємства та заходи щодо раціоналізації та максимального використання рентгенкабінетів у районах.

13) Веде облік рентгенмайна, що потрібно районним та місцевим рентгенкабінетам, даючи висновки на їх заявки на рентгенмайно.

14) При міжрайонових рентгенстанціях треба мати певну кількість ліжок для хворих, що потрібують глибокої терапії. Ці ліжка виділяється або установою, при якій розташовано міжрайонову рентгенстанцію, або іншою лікарнею в місці її розташування.

15) При міжрайоновій рентгенстанції треба організувати рентгенмайстерні, що переводять ремонтування апаратів так міжрайонової станції, як і районових кабінетів.

16) При міжрайоновій рентгенстанції потрібно мати гуртожитки на певну кількість ліжок для хорих, яких надсилається з районів для рентгендопомоги (особливо для фавозних). В разі відсутности при міжрайон. рентгенстанції гуртожитку, треба використати гуртожиток міжрайонов. поліклініки.

17) Хорі з районів прямуються до міжрайон. рентгенстанції лише в межах поданих міжрайонною станцією до району місць та строків, в окремих випадках за попереднім запитанням.

18) Напрямлюючи хворих, їх треба постачати короткими клінічними даними, наслідками лябораторних досліджень, вказуючи про галузь дослідження та завдання, що ставиться перед рентгенологом, гадану клінічну картину.

19) Рентгенстанція має право відмовити в прийомі на випадки:

а) коли хорого прямовано для терапії в той час, як за клінічними даними терапію протипоказано;

б) коли рентгеноскопію або рентгенографію за технічною спроможности рентгенстанції неможна перевести.

У випадках, коли хорого прямовано для рентгенодіягностики зі вказівками на остаточну або попередню діягнозу на частині тіла, де треба перевести рентгендослідження—рентгенстанція переводить дослідження безумовно.

20) Районовий рентгенкабінет організується при великих станціях або амбулятор. лікустановах району й обслуговує райони за вказівками міжрайон. рентгенстанції. Він перебуває в повному віданні тієї установи, при якій його організовано. По справах рентгенроботи він через РЗІ або секцію охорони здоров'я міськради зноситься з міжрайонною рентгенстанцією.

51) Рентгенкабінети місцевого значіння організуються при ріжних лікустановах по великих містах, промрайонах, при окремих відділках лікустанов і обслуговує принаймні дану установу, а в разі потреби й інші установи в місці розташування за вказівками РЗІ, секції охорони здоров'я міськради або завід. єдиного диспансеру.

22) Відділки, що їх повинні мати всі типи рентгензакладів, відповідність приміщень, типи апаратури—залишаються ті самі, що їх встановлено для кол. округових, районових і місц. значіння кабінетів (бюлетень НКОЗУ ч. 7-8 за 1929 рік.)

222. Положення про будинки матери-пролетарки

Будинок матери-пролетарки має за свою мету:

а) відвертати підкидування немовлят бідними, безпритульними та самітніми матерями.

б) надавати тимчасовий притулок та утримання безробітній матері-пролетарці з немовлятком, а також і вагітній в останні 2 місяці вагітности.

в) навчити некваліфіковану безробітну матір-пролетарку якого небудь майстерства.

г) охорону здоров'я вагітної матери та дитини. Своє завдання Будинок здійснює через:

а) організацію притулку та утримання для безпритульних матерів-пролетарок з немовлятком, а також для вагітних;

б) організацію майстерень при будинку з обов'язковою роботою в них матерів.

та в) підвищення культурного рівня матерів, організуючи школи для ліквідування неписьменности, саносвітню роботу взагалі та щодо правильного виховання дітей зокрема, розмови, виставки тощо.

Беручи на увагу надзвичайну обмеженість кількости будинків матери пролетарки на Україні, існуючі будинки та ті, що організуються повинні мати міжрайонне значіння.

1. Будинки матери пролетарки обслуговують райони, що територіяльно до того району, де знаходиться будинок тяжать.

Увага: Число районів, що їх обслуговує будинок матери-пролетарки, встановлює Наркомздоров'я.

2. Місця в будинку розподіляються між тими райздоровінспектурами або секціями охорони здоров'я тих міськрад, що їх обслуговує даний будинок.

3. Все керування та догляд роботи будинку здійснює райздоровінспектор того району, де будинок знаходиться, він саме й призначає завідувача будинку.

4. Між адміністрацією будинку та райздоровінспектурами й секціями охорони здоров'я міськрад встановлюється такий зв'язок, що забезпечує постійну свідомість периферії про кількість вільних місць в будинку, що є в її розпорядженні.

5. Кошти будинку складаються:

а) з кошторисних асиґнувань, згідно положення про фінансування міжрайоних установ;

б) з відрахувань з заробітку матерів, що живуть в будинку та

в) з прибутків від майстерень будинку.

6. Все адміністрування будинком здійснює завідатель: при завідателі організується як дорадчий орган тройка матерів, яку вибирає загальне зібрання не менш як раз в три місяці.

7. Все життя в будинку матері-пролетарки будується по типу трудової комуни (участь у трудовому житті, відповідно своєї здатности, передача заробітку до загальної каси; життя в однакових умовах, соціяльне виховання дітей).

8. Технічний персонал для постійної роботи в будинку (догляд дітей, робота на пральні, на кухні) обирається Радою з матерів па певний строк.

9. Майстерні при будинках належать Будинкам матері-пролетарки й при достатньому поширенні можуть мати свій адміністративний апарат, підлеглий завід. будинком.

10. Матері, що перебувають в будинках та працюють як в майстернях, так і на постійній посаді в будинку мають нормальний робочий день за Код. Зак. про працю та тарифікуються по роботі, яку вони виконують.

11. В будинок-матері пролетарки приймають лише безробітних та безпритульних;

а) матері-самітні, що мають немовлят;

б) вагітні з восьмого місяця вагітности,

в) хатні робітниці, що мешкають у наймача за 2 місяці до пологів та 2 місяці після пологів.

Увага. В будинок матері пролетарки приймаються матері та діти вільні від усяких пошесних хвороб, для чого всі ті, що вступають проходять попередній медогляд та потрібні дослідження.

12. Напрямлення до будинку матері-пролетарки переводиться Райздоровінспектурами за безпосередньою участи районових Рад Соціяльної допомоги (попередне обслідування та висновок Ради Соціяльної допомоги — обов'язково) за наявністю місць, що їх відділено для даного району.

13. Перебування матері в будинку обмежується середнім строком за який матір може опанувати майстерство настільки, що зуміє себе забезпечити в цьому місті, але не більш як до $1^1/_2$ річн. віку її дитини.

Увага. Для хатніх робітниць, що працюють та мешкають у наймача, термін перебування в будинку обмежується 2 місяцями після пологів.

14. Матір з дитиною виписується з Будинку за наявности у матері роботи (в одній з майстерень будинку, або де інше).

15. Матерям, що закінчують перебування в будинках матері.пролетарки надається право позачергової посилки на роботу через Біржі Праці нарівні з демобілізованими червоноармійцями (об. розп. НКПраці—10106 від 26-I-1929 р., об. розп. НКОЗ під. 28-II-1929 р. Бюлетень НКОЗ за 1929 р. № 6).

Затвердив: Нарком. Охорони Здоров'я т. **Канторович.**
6/XI-1930 р.

223. Положення про міжрайонову фізіотерапевтичну лікустанову

1. Міжрайонову фізіотерапевтичну лікустанову утворюється, або як самостійний заклад, або як складова частина, при одній з лікувальних установ, стаціонарних або амбуляторних, в місці наявности міцного фізіотерапевтичного встаткування (в більшості в кол. округових містах).

2. У складі міжрайонової фізіотерапевтичної лікустанови обов'язково мати відділки електро, світло-лікувальні, а також і водолікувальні залежно від місцевих можливостей.

3. До міжрайонної фізіотерапевтичної лікустанови, спис яких встановлює НКОЗУ прикріплюється для обслуговування їх фізіотерапевтичною допомогою низку районів за списом, що його також встановлює НКОЗУ.

4. Міжрайонова фізіотерапевтична лікустанова існує за певним складеним для неї кошторисом (хоча б вона й увіходила до складу будьякої лікустанови).

5. В разі, коли фізіотерапевтична лікустанова існує, як самостійна одиниця, вона підпорядкована безпосередньо Р. З. І. або секції охорони здоров'я міськради в місці свого розташування. В разі, коли вона існує в складі якої-небудь лікустанови (в тому числі й єдиного диспансеру), її підпорядковано безпосередньо завідателеві цієї установи, а в питаннях обслуговування фізіотерапевтичною допомогою населення інших прикріплених до неї районів керується порядком, що його встановлює для цього РЗІ або секція охорони здоров'я міськради.

6. Звіти про свою діяльність вона подає тій установі або органові, що вона їм підлягає.

7. Міжрайонова фізіотерапевтична лікустанова повинна мати встаткування за певним стандартним списом і обслуговує всіма видами терапевтичної допомоги так населення свого району, як і інших районів, прикріплених до неї.

Стандартний спис устаткування буде оголошено додатково.

8. В разі наявности в районах, що прикріплені до міжрайонної фізіотерапевтичної лікустанови, нескладних, фізіотерапевтичних кабінетів, міжрайонова установа надає останнім допомогу консультативного та організаційного характеру, дає наукові поради, висновки на кошториси цих кабінетів.

9. Міжрайонова фізіотерапевтична лікустанова розроблює плян розвитку фізіотерапевтичної допомоги в прикріплених до неї районах, заходи щодо раціоналізації та максимального використання роботи наявних кабінетів. У справі надання фізіотерапевтичної допомоги в районах, веде облік спецмайна та спецустаткування, що потрібно існуючим тим кабінетам, або що утворюються по районах, дає висновки на їхні заявки на спецмайно.

10. При міжрайоновій фізіотерапевтичній лікустанові треба мати певну кількість ліжок для хворих, яких надсилається з районів. Для цієї мети можна також використовувати гуртожитки при міжрайонних поліклініках. В разі можливости треба утворити при міжрайоновій фізіотерапевтичній установі спеціяльний стаціонар для хворих, що підчас лікування потрібують спеціяльного режиму.

11. Напрямлення хворих із районів на лікування до міжрайонової фізіотерапевтичної установи переводять, надсилаючи до неї запитання з історією хвороби, діягнозою й висновком лікаря про потрібне лікування. Лише після відповіді міжрайонної фізіотерапевтичної лікустанови про можливість та час прямування хворого на лікування—його можна надсилати туди. За наявности при міжрайонній фізіотерапевтичній лікустанов спеціяльного стаціонару, місця в останньому та строки надсилки на ці місця завчасно розподіляється міжрайонною фізіотерапевтичною установою по прикріплених до неї районах. Цей розподіл затверджує Р. З. І. або секція охорони здоров'я міськради.

12. Напрямлення хворих з районів на консультацію до міжрайонної фізіотерапевтичної лікустанови переводиться в межах норм і строків, що їх ця установа надає окремих районам і що їх затверджує РЗІ або секція охорони здоров'я міськради.

Затвердив: Нарком Охорони
Здоров'я т. **Канторовіч**
6/XI-1930 р.

224. Положення про міжрайонову зубопротезну лябораторію

1. Міжрайонову зубопротезну лябораторію утворюється при зублікарському кабінеті міжрайонової поліклініки (в більшості в кол. округових містах) або при зубкабінетах одної з великих амбуляторій в районі.

2. Спис міжрайонових зубопротезних лябораторій, в також спис районів, що прикріплюються для обслуговування до кожної в них, встановлює НКОЗУ.

3. Міжрайонова зубопротезна лябораторія існує за певним, що для неї складено, кошторисом, й має свого завідателя.

4. Міжрайонову зубопротезну лябораторію підпорядковано керівникові лікустанов до до складу якої вона увіходить, а в питаннях обслуговування зубопротезною допомогою населення районів, що до неї прикріплена, керується порядком, що встановлює РЗІ або секція охорони здоров'я міськради, місця її розташування.

5. Звіти про свою діяльність міжрайонова зубопротезна ляботаторія подає установі до складу якої вона входить. за встановленою формою.

6. В питаннях зубопротезування міжрайонова зубопротезна ляботаторія керується загальними положеннями. що існують для зубопротезування.

7. Міжрайонову зубопротезну ляботаторію необхідно встаткувати за певним стандартом, що його буде оголошено додатково, причому її треба пристосувати для переведення також її метальових зубопротезних робіт.

8. Міжрайонова зубопротезна ляботаторія на підставі своєї перепускної здатности з урахуванням максимальної продукційности, розподіляє поміж прикріплених до неї районах кількість зубопротезів, надаючи одночасно районам певні строки надсилки хворих на зубпротезування і кількість штучних зубів на кожний строк. Цей розподіл затверджує РЗІ або секцією охорони здоров'я в місті розташування зубопротезної ляботаторії.

9. Роботу міжрайонової зубопротезної ляботаторії треба організувати таким чином, щоб хворий для протезування з'являвся до ляботаторії не більш, як двічі: один раз для зняття мірки для протези й другий раз — для одержання готового протезу. Термін явки для одержання готового протезу ляботаторія призначає безпосередньо через листовну довідку підчас зняття мірки.

10. Міжрайонова зубопротезна ляботаторія повинна не затримувати хворого. який прибув для зняття мірки або одержання готового протезу більш, ніж на один день. Винятки припускається тільки в випадках, коли в готовому протезі треба, як виявилось, підчас здачі протезу дещо змінити. Затримка хворого не повинна перевищувати один день.

11. Райони, що їх прикріплено до міжрайонної зубопротезної ляботаторії, повинні надсилаючи хворих на зубопротезування, керуватися нижчезазначеним:

а) Хворі підлягають зубопротезуванню в разі відсутности в них не менш 7 зубів на 2-щелепах або 5-ти — на одній.

б) Винятки припускаються лише в випадках, коли відсутність зубів в меншій кількості є наслідком травматичного випадку на підприємстві, або коли особі, яка вимагає зубопротезування, відсутність зубів в меншій кількості перешкоджує виконанню нею професійних обов'язків (вчителі тощо).

в) Надаючи зубопротезну допомогу, треба суворо додержуватися клясового принципу надаючи в першу чергу зубопротези робітникам (зокрема важкої промисловости), наймитам та робітникам радгоспів, членам колективів соцсектору села.

г) Довідку про необхідність протезування дає зублікар. Хворого на протезування прямується через РЗІ, при наявності у застрахованого відповідного висновку зублікаря.

д) Відповідний зублікар підготовляє ротову дуплину хворого, лише після чого хворого через РЗІ прямується до міжрайонної зубопротезної ляботаторії для зубопротезування.

е) За надсилку на зубопротезування хворого з недосить підготовленою ротовою дуплиною відповідає зублікар, що лікував хворого.

ж) Необхідність надання хворому метальового зубопротезування (з якого б то не було металу) встановлює зублікар, що лікує хворого. Основним показом для метальового протезування — наявність такої форми челюстей, коли гутаперчевий протез неможна, як слід, держати.

з) Одержавши протез, хворий повинен з'явитися до зублікаря, який лікував хворого, причому зублікар повинен освідкувати якість протезу, його відповідність свойому призначенню. В разі потреби, зублікар повинен перевести дрібні маніпуляції, що сприяють кращому користуванню протези.

і) У разі потреби ремонтувати протезу, що його зіпсував хворий (злам тощо) — протез надсилається до міжрайонної зубопротезної ляботаторії, після попереднього запитання останньої та одержання відповіди про час його надсилки. Міжрайонна зубопротезна ляботаторія повинна зремонтувати протягом не більш одного тижня й повертає відремонтований протез до відповідного РЗІ. В разі потреби ляботаторія має право викликати хворого для примірки протезу.

225. Положення, структура та завдання міського та районного бюра щодо вивчення та боротьби з профзахворувальністю (Міськрайпрофзахбюра)

(на зміну положення про профдиспансер, що надруковано в бюлетені НКОЗ № 23 за 1928 р.).

1. Профзахбюро об'єднується з міською або районною санітарною станцією. В тому разі, коли ще немає райстанції, райсанпрофзахбюро утворюється окремо та є такому разі частина міської або районної санітарної організації.

2. Завідує профзахбюром старший промсанлікар, який одночасно має, як правило, й свою дільницю підприємств для практичного обслуговування.

3. Маючи за своє завдання визначення та боротьбу з захворуваністю робітників, профотруєнням та травматизмом, профзахбюро об'єднує й синтезує в цій галузі роботу всіх промсанлікарів та лікпрофустанов міста району (єдиний диспансер, поліклініка, медпункт).

4. Профзахбюро має такі відділки: профгігієнічний, клінічний, статистичний і психотехнічний та з психофізіології.

а) Профгігієнічний відділ є головнішою частиною профзахбюра, який в свойому складі має лябораторії: профгігієнічну, хемічну та фізіологічну. Його завдання полягають, у поглибленому вивченні та в боротьбі з профзахворуваністю, об'єднанні та підведенні дослідчої лябораторної бази під роботу промсанлікарів.

б) Клінічний відділок має одного лікаря профпатолога й коли є дійсна можливість, має консультантів — профпатологів найголовніших фахів. Його завданням є: об'єднання діяльности лікпрофустанов в галузі вивчення профзахворуванности, організація періодичних медоглядів шкідливих професій, організація поглиблених досліджень окремих гуртків робітників, консультація лікарям лікпрофустанов в галузі профпатології, аналіза разом з іншими робітниками профзахбюра статистичних і клінічних матеріялів, участь в експертизі втрати працездатности по питаннях, що зв'язані з профпаталогією й т. інш.

в) Статистичний відділок інструктує та контролює облік і реєстрацію по лікпрофустановах захворуванности робітників взагалі, профзахворуваности, профотруєнь і травматизму, оперативно розроблює матеріял захворуваности та травматизму окремих гуртків робітників згідно із завданнями промсанлікарів та лікпрофустанов, опрацьовує та розроблює санітарно-клінічні журнали диспансеризації, досліджень окремих гуртків робітників та шкідливих професій.

У в а г а. В тих районах або містах, де існують єдині диспансери з налагодженим статапаратом, — розробку диспансерних журналів переводить останній за завданнях та догляду профзахбюра.

г) Відділок психотехники та психофізіології має такі функції; збирати психофізіограмдетальні професій, виявлення для кожної детальної професії потрібної професійної якости з боку психофізіології, перевірка надіслання на роботу за профконсультацією та профдобором, участь в роботі по профконсультації.

У в а г а. Для переведення роботи по профконсультації організується спеціяльний кабінет у профзахбюрі в складі фахівців останнього. Положення та функції цього кабінету розроблені додатково.

5. Штати профзахбюра: 1 завідувач — він же старший промсанлікар, 1 машиністка-діловод, 1 вбиральниця; профгігієнічний відділок: 1 лікар-профгігієніст, 1 хемік, 1 лікар-фізіолог, 3 технічні ляборанти, 1 інженер-консультант; клінічний відділ: 1 лікар-профпатолог, консультанти за можливістю не більш, як 2; статистичний відділ — 1 лікар, статистиків — 2; психотехнічний та психофізіології — 1 фахівець-психотехнік, 1 технічний ляборант.

У в а г а. Поширювати штати можливо за погодженням з НКОЗУ лише для окремих великих і індустріяльних міст.

6. В своїй діяльності профзахбюро працює, щільно зв'язуючись з санітарними органами та лікпрофустановами, зв'язуючи свої пляни робіт і оздоровчі заходи.

7. Вся діяльність профзахбюра повинна бути суто-практична й мати єдину мету — на базі вивчення причин захворуваности, — розробка практичних заходів боротьби з нею й переведення їх до життя через відповідні організації й підприємства.

8. Методологічне керівництво в практично-дослідних роботах профзахбюра покладається цілком на відповідні інститути патології й гігієни праці.

9. Для щільного зв'язку з органами, що зацікавлені в справі боротьби з профзахворуваністю профзахбюро скликає періодичні наради з представників органів праці, страхкаси, професійних та господарських організацій, на яких обговорюються пляни робіт та наслідки роботи профзахбюра.

10. Профзахбюро відчитується за свою діяльність в порядку авітів ст. промсан лікаря.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Ст. інспектор профзахворув. **Ерман**

(Розпор. НКОЗ з 30 жовтня 1930 р.).

226. Положення

Про центр. комісію в студентських справах

(д л я р о з г л я д у а п е л я ц і й)

1. Для розгляду всіх справ академічного та побутового характеру, що стосуються студентів в мед. та фарм. ВИШ'ів та техникумів, при секторі кадрів НКОЗ утворюється Центральна Комісія НКЗдоров'я в студентських справах.

2. Склад центр. Комісії в студ. справах такий: голова — зав. сектору кадрів, зав. віддосвіти — заст. голови; Представник ВУК МСТ, ст. інспектор кадрів; Секретар-інспектор по студ. справах, представник Укр. Пролестуда.

3. До компетенції Центр. Комісії студсправ належить; розгляд заяв в порядку скарг:
а) на неправильний прийом, або відмовлення в прийомі до ВИШ'у або технікуму;
б) про виключення студентів за соціяльною ознакою або академічної неуспішности;
в) про призначення стипендії;
г) про надання гуртожитку;
д) про призначення платні за навчання;
е) про перевід на вищий курс або залишення на другий рік.

4. Засідання комісії провадяться в міру потреби, але не менш одного разу на місяць.

5. В разі потреби центр. комісія студсправ може викликати скаржника для усного пояснення. Приїжджати до Харкова без виклику комісії заборонено.

6. Постанови центр. комісії студсправ є остаточні й оскарженню не підлягають. В разі один з членів комісії заявить окрему думку, яка подається в листовній формі, питання остаточно розв'язує Народній Комісар Охорони Здоров'я.

7. Протоколи центр. комісії студсправ надсилаються до всіх Мед. та Фарм. ВИШ'ів і підлягають виконанню без окремих повідомлень НКОЗ про вирішення тієї або іншої справи.

Заст, Наркомздоров'я **Нагорний**

25 жовтня 1930 р. Заст. Кер. Сектору Кадрів **Кушнір**

Затвердив: Заст. Наркома Охорони Здоров'я **т. Нагорний**

227. Посадова інструкція для райздоровінспектора

I. Назва посади: районний інспектор охорони здоров'я.

II. Які має обов'язки:

1. Інспектувати та інструктувати діяльність медико-санітарних установ району та секцій сільських селищних рад.

2. Складати районовий плян розвитку здоровоохорони та організувати переведення його в життя.

3. Призначити та звільняти вищий медично-санітарний персонал установ району.

4. Організовувати заходи щодо підвищення кваліфікації та підготовки медичного персоналу в межах району.

5. Організувати та керувати діяльністю лікарсько-експертних комісій щодо освідування для встановлення постійної непрацездатности.

6. Провадити облік мед. сан. установ та захорувань людности. Керувати переведенням статистичної звітности в мед. сан. установах.

7. Провадити облік мед. персоналу, перевірку дипломів та заповнення трудових списків.

8. Організовувати лік. профіл. установи, допомогу то спеціяльні види медико-санітарного обслуговування населення району (рентген. допомога, фізіо-терапія та інш.)

9. Організовувати через аптеки та лікарські заклади медикаментозну допомогу населенню.

10. Здійснювати так безпосередньо, як і через свої саноргани попередній та поточний сандогляд санітарного стану залюднених пунктів, водопостачання, лазень, житла, будинків загального користування, промпідприємств сантех. споруджень, харчування людности, тощо.

11. Організовувати заходи щодо попередження пошесних, соціяльних та професійних захворувань і боротьбу з ними.

12. Організовувати в районному маштабі заходи щодо запобігання та боротьби з інфекційними хворобами.

13. Організовувати й керувати справою саносвіти в районі через медсанорганізації, політосвітні установи, розвиваючи самодіяльність трудящих в цій царині.

14. Організовувати за плянами, затвердженими Райвиком і Місьрадою установи охорони материнства та дитинства. Вживати заходів до охорони материнства та дитинства, здоров'я дітей та підлітків.

15. Організовувати медико-санітарне й лікарське педагогичне обслуговування установ соцвиху.

16. Організовувати відбір хворих на курортне лікування.

17. Вживати заходів до фізичного оздоровлення людности та розгортання мережі фізкультури.

18. Організувати мед. сан. обслуговування допризивників територіяльних зборів та зміни кадрів Роб. Селянської Червоної Армії та Червоної Фльоти.

19. Організовувати та доглядати медично-санітарну справу в місцях позбавлення волі районового значіння.

20. Організовувати робітниче-селянську суспільність для безпосередньої участи і в здійсненні заходів та міроприємств в галузі охорони здоров'я.

21. Переводити наради робітників охорони здоров'я в районному масштабу.

22. Складати та подавати на затвердження районному виконавчому комітету та міськраді районового центру проекти обов'язків постанов у царині охорони здоров'я.

23. Організовувати складання бюджету охорони здоров'я по району; вживати заходів, щоб до цього бюджету включено було кошти, потрібні для повного обслуговування медично-санітарною допомогою населення району.

24. Організувати заходи раціоналізаторського порядку в медсанустановах району.

25. Вживати заходів до належної постановки судово-медичної справи в районі, а в разі відсутности районового судового медика,—розподіляти судово-медичну роботу по-між лікарів району та вести облік її.

III. Які має права:

1. Відповідно до покладених обов'язків має право:

1) Безпосередньо вирішувати питання, що стосуються кола його обов'язків, відповідно до чинних директив та за власним підписом листування по питаннях охорони здоров'я.

2. Ревізувати діяльність лік. проф. установ району, ознайомлюючись з поточною роботою, а також з роботою за минулий час по документах та вимагати підчас обслідувань потрібні документи.

3. Давати інструктивні вказівки та розпорядження щодо усунення хиб та практично показувати на місці роботи, як саме треба виправити хиби, що їх було знайдено підчас обслідування.

4. Запрошувати лікарів та середній мед. персонал до лік. проф. установ. району.

5. Накладати дисциплінарні кари на медперсонал профустанов району за невиконання директив та усувати медичний персонал з посади в межах існуючого законодавства.

6. Організувати нараду медичних робітників в районовому масштабі для висвітлювання роботи та недоліків в її постановці, а також для ознайомлення з науковими досягненнями поточного часу в галузі медично санітарної роботи та обміну досвідом.

7. Безпосередньо координувати роботу в галузі охорони здоров'я та брати участь в роботі міжурядових комісій, робота яких стосується відповідних питань здоровоохорони.

8. Розпоряжатися, в межах кошторису і затверджених плянів роботи, коштами по лінії охорони здоров'я.

IV. За що відповідає.

Відповідно до покладених обов'язків та наданих прав відповідає:

1. За правильне та своєчасне вирішення питань, що входять до його обов'язків, за відповідність своїх вирішень та вказівок, чинному законодавству, за додержання клясової лінії в своїй роботі.

2. За належну організацію та стан роботи всіх медично-санітарних установ району.

3. За ув'язку та погодження заходів у своїй роботі і з зацікавленими органами.

4. За належне та своєчасне висвітлювання наслідків переведених обслідувань та роботи, як в постійній, так й в періодичній пресі.

5. За належне вкомплектування медично-санітарних установ району відповідним персоналом.

6. Відповідає за ефективність заходів по лінії охорони здоров'я.

7. За своєчасне вживання заходів до усунення перешкод, що заважають своєчасному і належному здійсненню міроприємств в галузі охорони здоров'я.

V. Кому підлягає — Президії райвиконкому.

VI. Хто заступає — санлікар району або головлікар районової лікарні.

228. Про неприпустимість скорочування посад райздоровінспекторів та санлікарів

До всіх райвиконкомів

(Окремо не надсилався)

За відомостями, що має НКОЗУ, деякі райони не приймають призначених до них райздоровінспекторів, призначаючи на їхнє місце санлікарів, скорочуючи, таким чином, санлікарів.

Наркомздоров'я з'ясовує, що згідно з опублікованою в газеті „Вісті" постановою ВУЦВК'у від 26 серпня 1930 р. в штати РВК включено одного райздоровінспектора в районах 1-ї та 2-ї категорії та двох райздоровінспекторів—у районах 3-ої категорії. Райздоровінспектори належать до штатів апарату РВК. Щож до райсанлікарів та інших санлікарів, то вони є робітниками-фахівцями для боротьби з епідеміями та сан. робітниками, до апарату РВК стосунку не мають, їх утримує РВК й ні в якому разі не можуть бути скорочені (постанова М. Президії ВУЦВК'у від 10 листопада 1925 року № 24-229; надрук. у „Вісн. НКОЗУ" 1925 р. № 3, п. 17).

За Наркомздоров'я **Туркельтауб**

Керів. Орг. Інстр. сектору **Кушнір**

(Об. розп. НКЗОУ ч. 611-28 з 4 листопада 1930 р.).

229. Про боротьбу з безгосподарністю по лікустановах

До всіх райвиконкомів (РЗІ) секцій охорони здоров'я міськрад, до всіх МСУ. Копія: НКОЗ АМСРР

(Окремо не надіслано)

Матеріяли огляду, газетні сповіщення, сповіщення з місць виявляють низку ненормальностей по наших лікувальних установах.

Матеріяли робочих бриґад неодноразово підкреслюють випадки повної безгосподарности, невміння плянувати, нераціональне, безсистемне, а часто-густо й злочинне використання грошей та цінностей. Спостерігаються випадки дуже недбайливого ставлення до білизни господарства медустанов, до річей облаштування. Іноді купується але не використовується цінний інвентар, а також інструментарій та облаштування, недосить звертається уваги на постачання лікустанов речами споживання, на заготівлі та переховування овочів.

НКОЗ категорично пропонує робити періодично за участю представників місцевих організацій раптові ревізії лікустанов, огляд робочими бриґадами за участю райздоровінспектора та перевіряти стан:

1) господарства лікустанов, касової та бухгальтерської відчитности;

2) звернути особливу увагу на правильний підбір завгоспів, щоб приймаючи їх на посаду надавати їм місячний іспит, а тих що вже працюють та не відповідають своєму призначенню, зняти з роботи;

3) райздоровінспекторам треба ретельно перевіряти всі статті та замітки місцевої преси, що зазначають безгосподарність та всякі хиби в наших лікустановах, треба перевіряти кожного разу всі конкретні матеріяли за участю представників місцевих організацій;

4) повести рішучу боротьбу зі всіма ознаками безгосподарности та недбайливости, притягаючи до судової відповідальності та знімаючи з посад керівників лікустанов та завідателів господарств.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Кер. оргінстру **Кушнір**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 14—610 з 10 листопада 1930 р.).

230. О снабжении дровами

(Постановление Совета Труда и Обороны).

Совет Труда и Обороны постановляет:

1. Регулирование снабжения дровами возлагается на государственное об'единение „Союзлеспром".

2. Снабжение дровами всех потребителей промышленно-технической группы, военного ведомства и транспорта производится Союзлеспромом непосредственно.

3. Снабжение государственных учреждений, коммунальных предприятий, кооперативных и общественных организаций, а также населения крупных городов и промышленных центров производится Союзлеспромом через потребительскую кооперацию или торги.

4. Снабжение дровами сельского населения и населения мелких городов производится в установленном порядке из лесов местного значения. При недостаточности этих лесов снабжение сельского населения производится путем отвода лесосек в лесах общегосударственного значения, а населения мелких городов — в порядке установленном ст. ст. 3 и 5.

5. Союзлеспром снабжает дровами по общему правилу, в заготовленном виде. Однако, ему представляется право по соглашению с кооперативными и общественными организациями, а также сельскими государственными учреждениями (советами, школами, больницами и т. п.) снабжать их дровами и путем предоставления леса на корню.

Зам. Председателя Совета Труда и Обороны **В. Шмидт**

Зам. Управделами Совета Народных Комиссаров Союза ССР
и Совета Труда и Обороны **М. Мирошников**

Москва, Кремль, 7 октября 1930 г. № 303.

(„Известия ЦИК СССР" 12-X 1930 г.).

САНЕПІД САНОСВІТА

231. Про додержування суто санітарного стану в лікустановах

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів

За останні місяці переведено значну кількість обслідувань лікувально-санітарних установ в різних районах робітничими бригадами, відповідальними робітниками Наркомздоров'я, ВУК'у Медсанпраці разом з робітничими бригадами, причому всіма обслідуваннями встановлено занадто антисанітарний стан лікувально-санітарних установ, значний занепад трудової дисципліни медперсоналу, незадоволення робітників та селянства в зв'язку з кепською якістю меддопомоги й неуважним і часто грубим ставленням медперсоналу. Про це свідчать і значна кількість кореспоненцій з місць, безпосередньо від хворих та сількорів з великої кількости районів.

Майже в усіх випадках зазначається неприпустимий бруд в лікарнях, амбуляторіях, поліклініках, консультаціях, диспансерах та інш. лікустановах, — бруд в палатах, коридорах, ваннах, навіть в операційних і породільних кімнатах; багато пилу та павутини на стінах, у палатах, ліжках. Хворим не роблять ванни ані тоді, коли хворий вступає до лікустанови, ані в самій лікустанові по декільки тижнів, — хворих не стригуть, в лікарнях появилася вошивість, що тепер, коли появляється й передбачається взагалі можливість появлення паразитарних тифів, є загроза широкого розвитку епідомії цих тифів і, сором сказати, — через лікустанови. Всі бриґади та всі кореспонденції зазначають неймовірну грязь в кухнях, відсутність та крайню недостатність чайного та обіденого посуду, —

(так, є лікарні, де на 20 хворих в лікарні є всього сім ложок), зазначають нечувану грязь в убиральнях, купи сміття на дворі тощо. Харчування хворих незадовільне й нормального харчування, не зважаючи на розпорядження НКТоргу з 7 жовтня 1930 р. ч. 261 лікустанови або зовсім не одержують з кооперації або одержують значно менше проти норми, встановленої розпорядженням НКТоргу.

Значна кількість робітничих бриґад і кореспонденцій сількорів зазначають, що місцева влада — РВК, сільради мало приділяють уваги поліпшенню стану лікустанов і нерідко не допомагають медперсоналу в справі поліпшення стану лікустанов. Такий стан лікустанов різко протиречить категоричній директиві ЦКВКП(б) з 18 грудня 1929 р. про потребу максимально поліпшити якісно та кількісно всіма видами меддопомоги робітників та трудове селянство й надалі терпіти цього неможна.

Наркомздоров'я, зазначаючи РВК'ам категоричну вимогу ЦКВКП(б) категорично настоює, щоб РВК, міські та сільради вжили в найкоротший термін найрішучіших заходів, щоб перевести лікустанови до належного санітарного стану:

а) поліпшити харчування хворих, для чого треба категорично вимагати від кооперації постачати всіма нормованими продуктами — насамперед лікарні та інші лікувально-проф. установи;

б) постачати лікарні та інші лікустанови паливом та милом;

в) видати потрібні кошти за бюджетом, щоб терміново придбати білизну, посуд та інше лікарняне оборудування;

г) перевести той невідкладний ремонт, без якого лікустанову неможна привести в належний санітарний стан.

Наркомздоров'я категорично настоює, щоб РВК, міські та сільради категорично вимагали від санорганізації та адміністрації всіх лікустанов безвідмовно, в порядкові бойового завдання, усунути бруд та антисанітарний стан в лікустановах — і за невиконання цієї вимоги — притягнути всіх винних до карної відповідальности як за зрив виконання постанови ЦКВКП(б).

Наркомздоров'я рекомендує організувати при кожній лікустанові комісію сприяння з сільської суспільности (ЛКСМУ, КНС, вчительства, кооперації, РСІ, представників соцсектору села) в допомогу адміністрації лікустанов, доручивши цій комісії постійний догляд санітарного стану лікустанови, як і сприяння адміністрації в справі поліпшення харчування хворих, щоб вчасно одержати різні продукти, паливо та обладнання, налагодження трудової дисципліни, урегулювання взаємовідносин між населенням та медперсоналом тощо.

Наркомздоров'я певний, що за енергійного сприяння РВК'ів, міських та сільських рад-директиву ЦКВКП(б) буде в найкоротший термін виконано і стан лікустанов скоро буде поліпшено.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Заст. кер. лікпрофгрупи **Аронштам**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 216 — ЛП з 3 листопада 1930 р.)

232. Про налагодження реєстрації професійних отруєнь і профзахорувань

До всіх райздоровінспекторів і секцій охор. здоров'я міськрад

Копія до НКОЗ АМСРР

Не зважаючи на розпорядження НКОЗУ про обов'язкову реєстрацію та облік випадків профотруєнь та профзахворувань (постанови НКОЗУ та НКПраці з 15 вересня 1924 р. та 9 листопада 1928 р. — бюлетень НКОЗУ № 21, 1928 р. № 317), реєстрація та облік таких лікпрофустанови переводять дуже мляво. Це свідчить про недостатню увагу окремих лікпрофустанов до цієї справи, а, подруге, доводить несвідомість окремих лікарів лікпрофустанов та медпунктів у можливості випадків профотруєнь і профзахворувань на підприємствах, цехах, детальних професіях, що вони їх обслуговують, що в значній мірі утруднює діягностику профотруєнь і профзахворувань, особливо підгострих та хронічних.

Отже, щоб правильно та своєчасно налагодити реєстрацію та облік профотруєнь та профзахворувань у межах інструкції, що її додано до вищезазначеної постанови, Наркомздоров'я пропонує таке:

1) покласти відповідальність за налагодження цієї справи у районі на старшого промсанлікаря або промсанлікаря, якщо він один в районі.

2) На головлікарів та інших керівників лікпрофустанов покласти під їхню особисту відповідальність за виконання вищезазначеної інструкції та вказівок ст. промсанлікарів району щодо правильної постановки реєстрації.

3) На промсанлікаря підприємства покладається обов'язки негайного обслідування кожного окремого випадку профотруєння і профзахворування в напрямку вивчення причин випадка та вжиття відповідних заходів до попередження їх повторення. Якщо спостережено негативне ставлення з боку адміністрації підприємств до зауважень промсанлікаря, — заходи повинно переводити через органи охорони праці. Наслідки обслідування та заходи попередження промсанлікар записує окремо й подає до офіційного сповіщення. На даному повідомленні обов'язково записується кількість днів втрати працездатности.

4) Примірник картки, що надсилали до цього часу до окрздоровінспектури, негайно передавати ст. промсанлікарю району через промсанлікарів підприємств.

5) Статистичну розробку карток випадків профотруєнь і профзахворувань, коли дозволяє кількість матеріялу, переводить профзахбюро. Після календарного року всі картки профотруєнь й захворувань надсилається до Промсанбюра НКОЗУ.

6) Двічі на рік треба надсилати до Промсанбюра групи санепід НКОЗУ звіт про наявність профотруєнь в районі за формою, що її тут додано.

7) В окремих поліклініках, амбуляторіях, медпунктах тощо мати спис цехів і детальних професій підприємств, в яких робітникам загрожує можливість профотруєнь та профзахворувань та які саме. Такі списи по всьому району повинен мати старший промсанлікар.

8) Промсанлікарям в порядкові плянової роботи приступити до ознайомлення лікарів зі шкідливостями цехів і детальних професій і насамперед з тими, що можуть викликати профотруєння і профзахворування. Головлікарям простежити за належним ставленням до цього з боку лікарів лікпрофустанов.

9) Вжити заходів, щоб постачали лікарів відповідною спеціяльною літературою, особливо таблицями профотруєнь.

10) Цей обіжник розповсюдити до окремих лікарів включно.

Про вжиті заходи повідомте.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

За керівника лік.-проф. групи **Радченко**

Керівник групи санепід **Марзеєв**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 325 — 07 з 28 жовтня 1930 р.).

Піврічний звіт про профотруєння й профзахворування по району.

за місяць 19 __ р.

Назва підприємства	Кількість робітників	Кількість випадків профотруєнь	Кількість потерпілих		В тому числі отруєння газами							Кількість профзахворувань		В тому числі		
			Без втрати працездатности	З втратою працездатности	CO	Cl	H_2S	Окисли азота	SO_2	Аромат. углеводороди	Інші гази	Без втрати працездатности	З втратою працездатности	Дорматитів	Опалів хемічними речовинами	Інші

233. Про заходи до районування саносвітроботи

До всіх окрздоровінспектур,*) до Вінницького та Зінов'ївського окрвиконкомів, до Наркомздоров'я АМСРР

(Саносвіта)

В зв'язку з ліквідацією округ є небезпека, що саносвітработа в районах замість піднесення може занепасти.

Щоби запобігти цьому та скласти підвалини для дальшого розгорнення саносвітработи в районах та зміцнення саносвітмережі, Наркомздоров'я УСРР пропонує:

1. Остаточно оформити райбази та райбудинки саносвіти в районах, де організацію їх розпочато, а саме: остаточно закріпити приміщення, забезпечити утримання їх на 1930-31 рік, забезпечити робітником хочаб за сполученням обов'язків, забезпечити оперативну роботу цих закладів. По всіх міцних районах в апараті райздоровінспектури, повинен бути інспектор саносвіти. При міськздоровах треба обов'язково передбачити робітника для адміністративної та оперативної роботи.

2. Там, де закладів саносвіти немає, скласти всі умови для їх організації:

а) Широко повідомляючи всі РВК'и, що майбутнього року НКОЗУ має збільшити дотацію на утримання та організацію закладів саносвіти, за умовою, що РВК'оми нададуть цим закладам відповідне приміщення та візьмуть грошову участь в організації та утриманні цих закладів.

Вартість наочного приладдя для райсаносвітбази становитиме майбутнього року 2500 крб., без утримання робітника та приміщення. Вартість наочного приладдя для райбудинку саносвіти без утримання штату та приміщення становить 5.000 крб. Наочне приладдя для згаданих закладів може бути надіслане за рахунок НКОЗУ, коли на місці буде дано потрібне приміщення та забезпечено утримання закладу.

б) Розподілу рештків бюджету ц. р. серед районів та винесення до майбутнього бюджету районів відповідних асигнувань на організацію саносвітзакладів та переведення роботи з таким розрахунком, щоби міцні райони поклали основу організації райбудинків саносвіти, а решта — райсаносвітбаз.

3. Оскільки в маломіцних районах робітника саносвіти в апарат, райздоровінспектури не буде, для таких районів треба, передбачивши там райбазу саносвіти, домагатись робітника для цього закладу (хоча б за сполученням обов'язків), доручивши йому загальне керівництво саносвітроботою в районі.

4. Облишивши адміністративне керівництво, колишні округові саносвітні заклади повинні схоронити за собою методичне та ідеологічне керівництво саносвітньою роботою в районах.

5. Треба також зберігти окружні пересувні виставки, закріпивши їх за колишнім окрбудинком саносвіти та погодивши з районами сумісне утримання виставок.

Коли округа має декілька пересувних виставок, треба прикріпити їх до райбудинків саносвіти, або до міцних районів, утримуючи їх на кошти районів, що їх має обслужити певна виставка, щоби забезпечити адміністративну та оперативну саносвітню роботу в районах.

6. Всіх саноосвітробітників з апарату окрсаносвіти, як що вони не входять до штатів окрбудинків саносвіти і взагалі не менш 50% наявної кількости саносвітробітників у місті,— треба негайно командирувати до районів на посади інспекторів саносвіти та зав. райбудинків саносвіти. Крім того, тимчасово, на час реорганізації до районів треба відрядити всю наявну кількість саносвітробітників для переведення підготовчої роботи.

Оскільки трапляються випадки, що в зв'язку з ліквідацією округ. саносвітробітників скористовують для іншої роботи, Наркомздоров'я УСРР, категорічно забороняє використовувати саносвітробітників для іншої роботи, не погодивши цього питання із сектором науки та санкультури НКОЗУ.

Щоби мати певні відомості про те, як саме виконано зазначену директиву, НКОЗУ, пропонує повідомити сектор науки та санкультури НКОЗУ.

1) Як саме переведено ройонування саносвітроботи.
2) в яких районах є устатковані райбудинки саносвіти, райбази та саносвітробітники,
3) в яких районах розгортаються будинки саносвіти та райбази протягом цього року,
4) в яких районах передбачено утворити заклади саносвіти (які саме) майбутнього року,
5) як саме скористовано кадри саносвітробітників В/округи в зв'язку з районуванням.

Наркомздоров'я УСРР—**Канторовіч**

Керівник Сектору науки, санкультури та побуту—**Ліфшиць**

(Об. розп. НКОЗУ з 4 серпня 1930 р, ч. 424-15)

*) Передруковуємо цей обіжний лист, який було наділано до ОЗІ, через те, що виявлено неприставку його до районів.

ОХМАТДИТ

234. Про гарячі сніданки для школярів

До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я та наросвіти), до всіх райвиконкомів (райздоровінспектур і райнаросвіт). Копія—НКОЗ АМСРР.

(Окремо не надсилався).

До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я), секцій наросвіти До всіх райвиконкомів (райздоровінспектур). До райнаросвіти.

У зв'язку з декретом Уряду про загальне початкове навчання з 9 вересня 1930 р. і зв'язаною з цим потребою допомогти дітям бідноти, максимально охоплюючи їх, величезного значення набуває питання про харчування дітей в школах, про організацію безплатних та платних сніданків.

Центральні організації в цей час погодили питання про охоплення дітей бідноти безплатними сніданками, що загальна кількість їх на Україні становить 800.000, (а саме 20% дітей школярів треба охопити безплатним харчуванням по школах).

Відсоток охоплення дітей безплатним харчуванням по школах змінюється залежно від території розподілу й становить:

Для Донбасу	—40%	загальної	кількости	дітей
„ місць № 1	—30%	„	„	„
„ „ № 2	—25%	„	„	„
„ інш. місць	—20%	„	„	„
„ села	—18%	„	„	„

Організацію шкільного харчування цілком покладено на робітничу кооперацію в містах та споживчу — на селі.

В сільських місцевостях на споживчу кооперацію покладено організацію шкільного харчування в колективізованих селах та радгоспах. В інших сільських місцевостях усю справу організації шкільного харчування покладається на комітети сприяння за організаційною допомогою споживчої кооперації.

Вукопспілка ще 10 вересня ц. р. по своїй лінії цослала обіжники зі вказівками на конкретну кількість дітей, що їх треба охопити безплатними та платними сніданками в кожному місці. Безплатні сніданки забезпечуються харчовими фондами за рахунок Наркомторгу, до одержання цих фондів місцям по лінії Вукопспілки дано розпорядження про безперебійне постачання шкіл із загальних місцевих внесків.

Зважаючи на всю важливість даного заходу, міськради, їхні секції наросвіти та охорони здоров'я, райвиконкоми, райнаросвіти та райздоровінспектори, запроваджуючи загальне початкове навчання повинні максимум своєї уваги приділити даному питанню, притягаючи до зазначеної кампанії всю робітничу, селянську та радянську суспільність.

Першочергове завдання—є утворити на місцях спеціяльні кошти, що треба відбити в кошторисах місцевого бюджету так по лінії наросвіти, як і охорони здоров'я (оздоровні фонди місцевого бюджету).

Треба максимально притягти також кошти громадських організацій і використати на цю саму мету фонди допомоги дітям бідноти та наймитів.

Наросвіта повинна забезпечити відповідне приміщення для видачі сніданків у школі, а якщо не можна, виділити спеціяльні кухні при школах, виділити роздаточні та їдальні, відповідно встаткувавши їх.

По лінії охорони здоров'я треба зміцнити санітарний догляд шкільних їдалень, кухонь, а також якости продуктів, що відпускають дітям

Зорганізувавши гарячі сніданки по школах, треба домагатися 100% охоплення дітей в школі.

Вартість платного сніданку не повинна перевищувати 10—15 коп.

Наркомосвіти **Полоцький**

Заст. Наркомздоров'я **Кустолян**

(Спільн. об. розп. НКО та НКОЗУ ч. 14—33121 з 31 жовтня 1930 р.).

235. ІНСТРУКЦІЯ

Наркомздоров'я, Наркомосвіті та ЦК ЛКСМУ в справі збирання дітьми утильсировини по школах України.

Кампанія щодо сбору утильсировини повинна переводитись за активною участю організованих груп дитячого населення, зокрема, піонерзагонів та школярів. Одначе, досвід минулого року показав, що підчас переведення дітьми цієї роботи недоситьураховано епідемічний стан України, наслідком чого має бути неґативний вплив на стан здоров'я дітей.

Тому Наркомздоров'я, Наркомосвіти та ЦК ЛКСМУ вважають за можливу участь дітей у зборі утильсировини за наявности певних умов.

До початку цієї кампанії лікарі ОЗДП, вчителі, ватажки ЮП та піонери повинні переводити саносвітню роботу серед батьків на загальних батьківських зборах, по піонерклюбах, по дитячих групових та загальних зборах, а також треба переводити відповідній інструктаж дитячих санкомісій.

В кампанії щодо збору утиля на школярів та піонерів покладається:

1) Організація збору утиля в своєму житлокоопі та в своїй установі, себто встановлення скриньки, аґітаційна робота серед населення та здійснення контролі над заповненням скринь з повідомленням заготовних органів про потребу своєчасно розвантажувати їх;

2) Збір утильсировини дозволяється школярам та піонерам переводити по кватирях свого житлокоопу після одержання повідомлення оздоровосередків про інфекційний стан житлокоопу та окремих кватир;

3) Збір утильсировини дітьми по громадських установах, вбиральнях, по горищах, дворах, вулицях та в полі абсолютно забороняється;

4) Категорично забороняється збирати утиль по кватирях, де є або де за останнє півріччя було інфекційне захворування, а також по тих кватирях, де є хронічні інфекційні захворування, наприклад, туберкульоза;

5) Дітям забороняється збирати брудні ганчірки, що дають сморід, старі банки для консервів, що в них ще є рештки зіпсованих продуктів, брудні, гнилі папери, кістки, на яких є рештки м'яса, кістки по полях;

6) Для збору утиля діти повинні мати спеціяльні лантухи, щоб переносити зібране до школи. Ці лантухи треба прати, кип'ятити содою не менш, як раз на декаду;

7) Зібрану утильсировину щоп'ятиденки в спеціяльних лантушках діти переносять до школи або на спеціяльні місця збору утиля в житлокоопах;

8) Забороняється дітям вдома переховувати в спеціяльних приміщеннях утильсировину більше встановленого терміну.

У школі.

1) Щоб переховувати утильсировину в школі, остання виділяє спеціяльне приміщення, зовсім ізольоване від шкільного будинку.

Ставити скрині для збору утильсировини по роздягальнях та коридорах категорично забороняється.

2) Розбирати утильсировину в школі та передавати будьяким заготовчим організаціям — дітям категорично забороняється.

Для виконання цієї інструкції на адміністрацію школи покладається забезпечити приміщення для збору сировини відповідно до правила, що зазначено в розд. II, § 1.

Сандогляд стану приміщення, що його виділено для збору утильсировини по школах, покладається на лікарів охорони здоров'я дітей так само, як і інструктування батьків на загальних зборах учнів та дитсанкомісій.

На ватажків ЮП покладається інструктаж роботи клюбів та загонів.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

ЦБ ЮП — ЦК ЛКСМУ **Килколих**

За Наркомосвіти **Кузьменко**

М. Харків 1 листопада 1930 р.

236. Про стан постійних ясел

До всіх райздоровінспекторів

(Окремо не надсилався).

За відомостями Наркомздоров'я, санітарний та загальний стан ясел, що їх залишено на зиму, досить тяжкий так щодо медичного обслуговування їх, як і щодо загального постачання.

Маючи на увазі величезне значення постійних ясел в соцсекторі села, як фактора колективізації побуту та охорони здоров'я дітей, НКОЗ пропонує таке:

1. Взяти на певний облік усю кількість постійних ясел у районі.
2. Розподілити між всією медсанорганізацією плянове та регулярне обслуговування цих дитячих установ.
3. Розпочати зараз же перепідготовку та підвищення кваліфікації робітників цих установ, прикомандирувавши їх до консультації або до іншої дитячої установи в районі.
4. Зважаючи на велике розповсюдження дитячих пошесних захворувань (шкарлятина, кір, обклад), негайно ж розпочати запровадження широких профілактичних заходів, а саме: насамперед перевести щеплення проти шкарлятини не менш, як 3—4 рази кожній дитині, а через 2—3 тижні після останнього щеплення приступити до активної імунізації проти обкладу. Дітям до 6 років реакції Шик'а можна не робити.
5. Провести плянову пояснювальну роботу серед правлінь колгоспів, де є постійні дитячі установи, щоб підвищити загальний стан цих установ.

Заст. Наркомздоров'я та керів. медсансектору **Кустелян**

За керів. групи охматдиту **Федотова**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 14—341—11 з 28 жовтня 1930 р.).

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

237. Про боротьбу з прогулами, симуляціями та про порядок звільнення від праці за тимчасової непрацездатности

До всіх райвиконкомів і секцій охорони здоров'я міських рад. До НКОЗ АМСРР

(Окремо не надіслано)

В цей час, коли вся країна зосереджує всі свої сили на виконанні промфінпляну 5-річки в 4 роки та переводить жорстоку боротьбу за ліквідацію проривів на важливіших ділянках промислового фронту, особливо по кам'яновугільній, металюргійній, машинобудівельній промисловостях,— помічається що по багатьох районах зростають звільнення робітників від праці за тимчасовою непрацездатністю.

Органами охорони здоров'я та ревгрупами страхових кас по деяких місцях переведено перевірку роботи лікпрофустанов в цій галузі. Наслідки цієї перевірки свідчать про те, що медробітники в значній кількості, підчас видачі лікарняних листків, не виконують ні розпоряджень НКОЗУ (ч. 157), ані директивного листа НКОЗУ та Головсоцстраху (ч. 98-лп), які стосуються посилення боротьби за труддисципліну та проти прогульників, аґравантів та симулянтів.

Відозва ЦК ВКП ще не примусила так медробітників, як і робітників страхових кас стати на чолі боротьби з особами, які, посилаючись на хворобу, або симулюючи її, або навмисно викликаючи нетяжкі членоушкодження, — фактично зривають промфінплян через анархічний невихід на роботу.

Завідателі лікпрофустанов та робітники страхкас ще не зосередили думки лікарів, страхделегатів та робітників на потребі розглядати всіх аґравантів та симулянтів, які зривають справу індустрії країни не лише з боку величезних зайвих витрат господарчих коштів, а одночасно й з погляду впливу цього явища на економіку країни, на психологію промислових робітників, на труддисципліну і т. і.

Нічого не робиться й відносно тих лікарів, які або потурають прогульщикам, або не вважають за свій обов'язок боротися з аґравантами та симулянтами, формально ставляться до директиви ч. 98-лп і не переводять перевірки виконання хворими призначень лікарів підчас лікування вдома.

Страхкаси не використовують в достатній мірі всі можливості для притягнення робітничої суспільности й лікарсько-страхового контролю для перевірки вдома хворих, яких звільнено за тимчасовою непрацездатністю.

Так медсанорганізація, як і страхкаси не вжили всіх заходів щодо використовування в широкій мірі з цією метою загальної преси, стінгазет, клюбів, загальних заводських та цехових зборів робітників підприємств разом із медробітниками та страхделегатами.

Отже, щоб покласти край таким явищам, щоб поставити на належну височінь роботу органів охорони здоров'я та страхових кас в справах забезпечення своєчасною меддопомогою та звільненням від праці тих робітників, що дійсно його потрібують за хворістю або за потребою консультації, спецлікування тощо й щоб поставити одночасно, як слід, боротьбу з прогульниками, аґравантами та симулянтами, пропонується:

1. Розповсюдити широко цього обіжника, щоб довести його до всіх лікарів, всіх лікпрофустанов, страхових робітників та страхделегатів.

2. Встановити дійсний облік осіб, яких звільнено за тимчасовою непрацездатністю, для чого:

а) в кожній лікпрофустанові, де є лікарі, що користують з права видачі лікарняних листків, — щоденно переводити облік у кожного лікаря та по всій установі, перелічити осіб, яким дано звільнення, діягнозу, кількість днів на кожного звільненого;

б) копії цих звітів щомісячно надсилати до райстрахкас, а страховим делегатам надавати можливість знайомитись з цими щоденниками, якщо вони побажають перевірити, як виконує призначення лікаря той або інший звільнений робітник;

в) списки осіб яких помічено в агравації, симуляції, негайно подавати завідувачу лікпрофустанови для вжиття останнім зі страхкасою через професійні організації відповідних заходів до таких осіб.

3. Щоб запобігти зайвому ходінню хворих та тих, що видужали, перебуванню їх в чергах та витраті ними часу для оформлення лікарняних листків, — встановити в зміну існуючого порядку таке:

а) лікарям пунктів першої допомоги на підприємствах, лікарям амбуляторій, що містяться не на терені підприємства, але виконують відносно підприємства обов'язки пункту першої допомоги, — надається тимчасове право видавати лікарняні листки строком до 3 днів з приводу: травми, гострого захворювання та фебрильного стану;

б) в кожному районі страхкаси затверджують точний список тих медпунктів, яким райздоровінспектор вважає за потрібне надавати право відпустки протягом 3 днів (поміч. і літ. а");

в) тим самим лікарям надається право закінчувати листки так тим хворим, що одержали лікарняні листки безпосередньо від них, як і тим хворим, що викликали до себе лікарів для відвідування хворих вдома, або одержали листки від других лікарів установи, що обслуговує данне підприємство.

Увага 1. В цих випадках лікарняний листок оформлюється лише тим днем, по який було звільнено робітника, а не днем його явки на роботу. Коли робітник не погоджується з лікарем, справу розв'язується в страхкасі.

Увага 2. Хворі, що одержують лікарняні листки повідомляються обов'язково, що коли вони одужали, вони повинні, не витрачаючи часу, приступити до праці, а лікарняний листок здавати лікареві пункту першої допомоги, хоча б і одержали його від іншого лікаря.

4. Встановити порядок, якого найсуворіше додержуватися й за яким:

а) по всіх амбуляторних установах в першу чергу приймаються робітники промисловости підприємств, будь то прийом ранішній або вечірній;

б) всі лікарі для відвідування хворих вдома в першу чергу задовольняють виклики до хворих робітників взагалі й, зокрема, до тих, що вже перебувають на лікарняних листках;

в) для оформлення лікарняних листків робітників, що працюють на підприємствах, де немає пунктів першої допомоги, в амбуляторії вранці й ввечері встановити години, коли б вони мали змогу оформити свої листки без зайвої витрати часу.

5. Встановити порядок, за яким амбуляторії та поліклініки повинні посилати до стаціонару для іспиту осіб, підозрілих на агравацію або

симуляцію, коли остаточне вирішення викликає сумнів і потрібує організованішого спостереження над хворим в умовах стаціонару.

Посилаючи таких хворих до стаціонару, амбуляторна установа повинна обов'язково надсилати лікарняні головні дані зі своїх попередніх спостережень над хворим, а лікарня повинна без затримки, давати листовно в закритому конверті безпосередньо головному лікареві амбуляторної установи свій висновок.

6. Переглянути години роботи всіх лікпрофустанов, будьто амбуляторії, поліклініки, диспансери, консультації, ясла, ляборaторії, рентген та інші, щоб максимально пристосувати їх до інтересів робітників, до 7-год. робочого дня та до місцевих побутових умов. Якщо потрібно, треба поділити прийом у зазначених установах на ранішній та вечірній, де це необхідно, перевести роботу з однієї зміни на 1½-2, а в яслах, може, й на 3 зміни. Особливу увагу звернути на забезпечення нічних змін робітників по підприємствах, що перейшли на 7-год. робочий день, пунктами першої допомоги так над землею, як і під землею.

7. Приділити окрему увагу загостренню робітничої думки на сприяння органам охорони здоров'я в роботі по поширенню мережі так надземних, як і підземних пунктів першої допомоги по забезпеченню їх транспортними засобами, ношами та іншим устаткуванням, щоб запобігти тим ускладненням у робітників, що потерпіли на підприємстві, які виникають через недоліки першої допомоги на підприємстві.

8. Вжити всіх заходів до використовування преси так загальної, як і стінгазет для висвітлення справ, що стосуються раціоналізації роботи лікустанов, поліпшення та наближення меддопомоги робітникам так в лікустановах, як і на підприємствах, поліпшення та поглиблення вивчення шкідливости так виробництва, як і побутових, пристосування всієї роботи лікпрофмережі до 7-год. робітного дня.

9. Встановити календар нарад лікарів та страхделегатів по питаннях, що стосуються перебігу загальної та професійної захворувальности робітників підприємств, зокрема, травматизму, а також що стосуються організації громадського прогляду лікпрофустанов, що найкраще буде стимулювати органи охорони здоров'я та страхові органи в цій роботі.

Пропонуючи все вищезазначене, НКОЗУ та НКП попереджують, що невиконання цієї директиви буде розглядатись, як зрив роботи НКОЗУ та НКП щодо обслуговування застрахованих, і винних осіб буде притягнено до відповідальности.

За Наркомздоров'я **Туркельтауб**

Заст. Наркомпраці **Пискарьов**

(Об. розп. НКОЗ і НКПраці ч. 213-ЛП з 1 листопада 1930 р. До райстрахкас цей лист надіслав НКПраці).

238. Про наближення меддопомоги до робітників гірної промисловости *)

(Надіслано міськрадам, райздоровінспекторам та інспекторам праці, а також шахтоуправлінням Донбасу).

Виконання промфінпляну кам'яно-вугільної промисловости є тепер центром уваги радянської влади і всієї країни. Успішному його виконанню може й повинно сприяти досить раціонально організована перша меддопомога робітникам Донбасу.

*) Розіслано місцям 15-X 1930 р.

Проте, організація пунктів в копальнях (шахтах), так надземних, як і підземних, організація вчасної транспортировки з шахти до лікарень робітників, що тяжко покалічені, поставлено дуже кепсько.

Існуючі пункти здебільшого містяться в непристосованих помешканнях і часто на такій віддалі від місця праці шахтарів, що не задовольняють основним завданням Наркомздоров'я щодо організації пунктів та постанові ЦК ВКП(б) про наближення меддопомоги до робітників.

Не кажучи вже про наслідки невчасної перев'язки тих, що легко потерпіли, з яких найчастіше є тривалі запальні процеси, що затягує тимчасову непрацездатність шахтаря там, де цьому можна й треба запобігти, навіть тяжкі випадки каліцтва й травми не забезпечені здебільшою вчасною першою допомогою та раціональними засобами транспортування. Ношів, як правило, в шахтах або зовсім недостатньо, або, якщо вони є, то про місце, де вони є, часто не знає навіть десятник.

Становище аптек швидкої допомоги неприпустиме: утримуються вони неприпустимо недбайливо, поповнення їх, контроль їхнього стану зовсім незадовольняють.

Останнього часу збільшилися випадки припущення до роботи десятників, що не пройшли підготовки для надання першої допомоги. Перевірку знань десятників медперсоналом ніде систематично не провадиться.

Постачання шахт індивідуальними пакетами провадиться невчасно й недосить.

Господргани не виконують постанови РНК УСРР з 20 березня 1930 р. про організацію пунктів першої допомоги; про забезпечення транспорту для перевозки хворих, носилок тощо. Цілком неприпустимо ставляться госпоргани до постанов директивних органів про організацію підземних пунктів першої допомоги.

Такому становищу треба покласти край й негайно.

Вимогу ЦК ВКП(б) про наближення меддопомоги до робітників, постанову Раднаркому УСРР з 20 березня 1930 р.. треба виконати безвідмовно й в найкоротший термін.

Для цього:

1) Госпорганам, протягом декади, приступити до організації так надземних, як і підземних пунктів першої допомоги для обслуговування робітників, що працюють в копальнях, припускаючи тимчасово не типову організацію їх і примітивне устаткування, аби воно забезпечувало своїм перебуванням і штатом правильне й вчасне надання першої медичної допомоги робітникам.

2) Райздоровінспекторам забезпечити всі зміни робітників, що працюють в копальнях, медперсоналом і для пунктів, що відкриваються, використувати всі ресурси, що є — аж до медичних сестер та сестер Червоного Хреста з достатньою підготовкою.

3) Комісіям сприяння за участю райздоровінспекторів протягом декади перевести обслідування існуючих пунктів першої допомоги, — для з'ясування, як забезпечено їх медперсоналом і устаткуванням, для того, щоб уникнути недоліків щодо організації пунктів і в роботі їх, а також щоб з'ясувати питання, які з існуючих пунктів треба наблизити безпосередньо до виробництва.

4) Цим самим комісіям сприяння обслідувати аптечки швидкої допомоги, забезпечення їх медикаментами й індивідуальними пакетами, а також встановити потрібну кількість для кожної копальні.

5) Райздоровінспектурам негайно приступити до підготовки для надання першої допомоги — десятників, що ще не проходили підготовки й до перевірки знань десятників, що вже давно працюють.

6) Про наслідки обслідувань цими комісіями сприяння повідомити Наркомздоров'я.

7) Госпорганам негайно, протягом декади, надіслати „Вугіллю" заявки на потрібну кількість типових посилок системи Харківського Інституту Ортопедії й Травматології, скриньок для аптечок швидкої допомоги й медлав для медпунктів.

8) Безвідмовно забезпечувати перевозочними засобами тяжких травматичних хворих.

9) Забезпечити десятників потрібною кількістю поясів-патронташів для індивідуальних пакетів.

10) Вжити заходів до широкого повідомлення робітників про місце перебування аптечок швидкої допомоги, носилок, індивідуальних пакетів і порядок користування ними.

11) Про всі заходи, що переведені до 15 числа кожного місяця, аж до повного забезпечення першою допомогою робітників шахтерів — повідомляти за належністю.

Це розпорядження треба виконати негайно. Всякі ухилення розглядатимуться, як зрив меддопомоги робітникам, і винуватих буде притягнено до судової відповідальности.

Райздоровінспекторам про будьяку тяганину підчас здійснення цього завдання негайно повідомляти Наркомздоров'я.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян**

Заст. Наркомпраці УСРР **Пискарьов**

Правління Вугілля **Лимарев**

(Спільн. лист. НКОЗ (ч. 211-ЛП), НКП і „Вугілля з 15-X 1930 р.).

239. Про медобслуговування кооперованих інвалідів

(Цей лист було свого часу розіслано всім ОЗУ та інвалід. страхкасам. Наводимо його в бюлетені для відому й керування всіх РЗІ та секцій охор. здор. міськрад)

Вукопінсоюз зорганізував останніми часами по всій своїй системі кооперованих інвалідів по УСРР каси страхування та взаємодопомоги кооперування інвалідів під назвою „Інстрахкаси".

Статут „Інстрахкас" має на меті, як один із головних видів забезпечення, надавання членам каси та їх родинам всебічну безкоштовну, кваліфіковану, лікувальну та профілактичну, допомогу.

Значна частина цих інвалідів користує, за постановою РНК УСРР з 15-IV-1927 р. й додатком до неї з 3-I-1930 р. (Зб. Уз. УСРР 1927 ч. 13 арт. 77 й 1930 р. ч. 3 арт. 24), з права на медобслуговування коштами фонду меддопомоги застрахованим нарівні з застрахованими. Це інваліди громадянської війни, інваліди праці та інші всіх пенсійних груп. Залишаються інваліди імперіялістичної війни та інші категорії інвалідів (глухонімі, сліпі та інші), що права на безплатну меддопомогу не мають.

Щодо цієї останньої групи, Вукопінсоюз звернувся до Наркомздоров'я з проханням взяти її на медобслуговування.

Наркомздоров'я дав принципову згоду на обслуговування цієї групи на умовах сплати „Інстрахкасами" вартости медобслуговування кожного активно застрахованого, виходячи з фактичної собівартости обслуговування, але не вище надходжень на одного застрахованого по лінії соціяльного страхування в даній окрузі.

Для переведення в життя цього обслуговування місцевим органам охорони здоров'я треба, з'ясувавши кількість інвалідів та членів їх родини, що підлягають обслуговуванню, встановленим порядком складати з відповідними Інстрахкасами умови, виходячи із таких підстав:

1. Розмір надходжень на кожного інваліда визначається в сумі за собівартістю обслуговування, але не вище надходжень на одного застрахованого по лінії органів соцстраху.

2. Для визначення сум, що сплачують інстрахкаси, органи охорони здоров'я складають спеціяльний кошторис.

3. Суми, що підлягають оплаті, виплачують щомісячно рівними частинами.

4. Органи охорони здоров'я надають через підлеглі їм установи нижчезазначені види меддопомоги.

а) першу допомогу на підприємствах, за існуючими в цій справі загальними правилами;

б) амбуляторне лікування по всіх фахах;

в) пологодопомогу;

г) допомогу вдома;

д) стаціонарне лікування;

е) допомогу через установи для боротьби з соціяльними захоруваннями: (туб. вен. наркодиспансери та охорони дитинства та материнства);

ж) медикаментозну допомогу;

з) ляброраторно-аналітичну та рентгендопомогу;

і) санітарно-освітнє обслуговування;

к) спеціяльні види допомоги—санаторну, фізіотерапевтичну, протезування (окуляри штучні зуби, анатомічні та лікувальні протези в размірах, що конкретно перераховані в складеному на підставі п. 2 кошторисі, покладаючи в основу фактичну собівартість:

л) прийом дітей до ясел та оздоровних літніх дитячих установ за умовою матеріяльної участи Інстрахкас в загальних оздоровних кампаніях.

5. Меддопомога членам інстрахкас та членам їхніх родин надається в відповідних амбуляторно-поліклінічних установах та стаціонарах прикріпляючи їх до цих установ.

6. Органи охорони здоров'я, що обслуговують членів інстрахкас, встановлюють через свої лікувальні та лікарсько-контрольні установи працездатність та непрацездатність членів каси, за правилами, що встановлені для застрахованих, видають відповідні посвідки, провадять профілактичний огляд членів каси.

7. Прийом лікустановами членів каси проводиться за умовою подання членами каси членської книжки встановленого зразку. Порядок прийому хворих активних чл. Інстрахкас дорівнюється до активно застрахованих.

8. В разі перевантажености медично-профілактичних установ, коли обслуговування членів інстрахкас може погіршити обслуговування застрахованих, слід вживати заходів за рахунок коштів, що надходять від Інстрахкас, до поширення та поліпшення лікувально-профілактичної мережі, що є в окрузі, а також притягати потрібні кошти на організацію медично - профілактичних установ. одержуючи аванси від інстрахкас у рахунок коштів належних за медобслуговування.

9. До складу КОПІП'ів тих установ, що надаватимуть лікпрофдопомогу основній масі інвалідів, повинні входити представники інстрахкаси.

Наркомздоров'я попереджує, що справа медобслуговування інвалідів не повинна перетворитись в джерело прибутків, а в цій справі слід суворо додержуватись принципа фактичної собівартости.

З другого боку обслуговування інвалідів ні в якому разі не повинно проводити до погіршення обслуговування застрахованих, зокрема при відрядженні застрахованих для спецлікування до університетських міст.

Тому, відрядження інвалідів повинно провадитись на підставі спеціяльно складеної умови з Лікбюро (Харків, Київ, Одеса) на окремі придбані для інвалідів місця.

Копії складених умов надсилаються до Наркомздоров'я.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

За голову Вукопінсоюзу **Пахомов**

(Об. лист НКОЗ і Вукопінсоюз ч. 204—пи з 24 вересня 1930 р.).

IV. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Про стан медично-профілактичної та санітарної допомоги в Донбасі.

Це питання Колегія розглядала на засіданні з 18 жовтня 1930 року. Доповідь в цьому питанні подала такі відомості: кількість застрахованих у Донбасі на квітень ц. р. становила — 485.330 чолов., з яких на робітників вугільної промисловости припадає понад 240000. або 48,5%. Робітники вугільної промисловости працюють в 264 шахтах, розташованих на терені колишн. Артемівської, Луганської та Сталінської округ.

Основа негайної медичної допомоги — медпункти, хоч і набули значного зростання, але не дійшли потрібної кількости: на 1-е жовтня-29 р. Донбас мав — 138 пунктів першої допомоги, а на 1-е квітня поточного року ця кількість збільшилася до 176. Кількість підземних пунктів становила: на 1-е жовтня-29 року — 8, а на 1-е серпня ц.р. — 18. Отже, потрібної, за директивами Вищих органів, кількости 50 пунктів ще немає.

Справа забезпечення пунктів першої допомоги медичним персоналом, зокрема тих, що працюють в підземних пунктах — стоїть негаразд, через те що селищні ради в цій галузі роблять надто мало. Так саме й господарчі організації не виконують постанов директивних органів та РНК УСРР з 20 березня-1930 року щодо участи в розгортанні пунктів першої допомоги та утриманні їх.

У багатьох копальнях незадовільно стоїть справа із забезпеченням їх ношами для транспортування травматологічних хворих (120 шт. нош, що випустила майстерня Українськ. Ін-ту Ортопедиції та Травматології, Правління „Вугілля" розіслало на місця і цим обмежилося). Особливо кепсько забезпечено пункти першої допомоги транспортовими засобами.

Так само незадовільно стоїть питання підготовки десятників до надання першої допомоги; не перевіряють роботи тих десятників, що інколи цю допомогу подають.

Доповідь відмітила формальне ставлення лікарів до їхніх обов'язків. Лікарі не ставлять перед Шахтоуправліннями питання про те, що час вже виконати постанову Уряду, лікарі ніде не ставлять питання про те, що незадовільне постачання та обладнання пунктів зле впливає на виконання промфінпляну, на підвищення трудової дисціпліни.

Так само негаразд стоїть питання щодо медобслуговування робітників металюргійної промисловости. І тут теж далеко не скрізь виконано постанову директивних органів та Раднаркому УСРР щодо сприяння розвитку мережі лікустанов, що обслуговують підприємства. Треба, проте, відмітити, що трохи ліпше стоїть лише справа першої допомоги робітникам-металістам. Ось приклади: Краматорський завод має 2 медпункти, Риківський 2, Макіївський — 2, Сталінський — 3 і т. інш.

Епідемії черевного тифу та дизентерії, що вибухли минулого року в Донбасі, викликали, звичайно, низку негайних заходів від НКОЗУ.

Починаючи з 1-го жовтня-29 року до Донбасу було відряджено понад 100 додаткових санлікарів і ляборантів, додатково до місцевих асигнувань розподілено 500.000 крб. спеціяльного фонду Цустраху; на поліпшення лябораторного обслуговування було утворено коштом НКОЗ—13 стаціонарних і 3 пересувні санбакляборатоії. За замовленням НКОЗ, Маріюпільський завод виготовив та відпустив промисловим районам Донбасу — 45 дезінфекційних камер (з яких 12 стаціонарних і 33 пересувних). Намагання НКОЗ щодо поліпшення матеріяльно-побутового стану санлікарів мали успіх, і за постановою РНК УСРР зарплатню санлікарям Донбаса було значно підвищено.

Протиепідемічну роботу в колишн. округах Донбасу і Криворіжжя переведено на пляновий ґрунт. За плянами передбачено було витратити на боротьбу з епідеміями 1.250.000 крб. на умовою, щоб загальну кількість запобіжних щеплень проти черевного тифу по Донбасу довести до 750.000 проти 320.000. що були минулого року, а кількість інфекційних ліжок довести до 4600 проти 3600, що було 1928-29 року. Виявилося, що щеплення проти черевного тифу до 1 жовтня охопило понад 400 тис. населення, а шпиталізація черевнотифозних хворих дійшла—85%. В справі щеплення спостережено багато випадків байдужого, а подекуди навіть негативного ставлення до них від місцевих господарчих організацій. Останні не допомагали в цій справі місцевим органам охорони здоров'я.

Найголовніша хиба полягає в тім, що й досі чимало господарчих організацій ухиляються від виконання постанови Уряду з 20 березня-29 року про матеріяльну участь в боротьбі з епідеміями. Довелося Наркомздоров'ю розпочати судові процеси з органами Союзної промисловости (Союзвугілля, Всехемпром та інш.)

Дальшою хибою є незадовільна санітарна робота багатьох осіб з медперсоналу. Санітарні робітники в районах Донбасу досі не усвідомили, як слід, найважливіших завдань, що покладено на них в боротьбі за поліпшення санітарного стану в Донбасі. Санлікарі дуже кепсько доглядають санітарний стан їдалень, гуртожитків, дворів тощо.

Колегія констатувала, що, не зважаючи на низку директив, що їх складав НКОЗУ по лінії медично санітарних заходів у Донбасі, місцеві медсанустанови зовсім не мобілізовано для запровадження бойових завдань в життя. Особливо це припадає на очі тепер, коли всі заходяться навколо ліквідації господарчого прориву в Донбасі. Колегія запропонувала відповідним секторам НКОЗ протягом найкоротшого часу опрацювати питання дальшого посиленого утворення підземних медпунктів, подати заявки на потрібні дезінфекційні засоби та інш.

За пропозицією Колегії, окрема комісія опрацьовує тепер питання про зміну досі чинного закону з 1924 року про санітарне обслуговування копалень, зважаючи на те, що в теперішніх умовах цей закон потрібує значних змін.

Колегія визнала за потрібне, щоб праці санбакінституту (його експедиції) про вплив роботи в копальнях на кишкові захворування було видано окремою брошурою.

Підчас наступної мобілізації медперсоналу промислові райони Донбасу буде вкомплектовано, звичайно, в першу чергу.

2. Про плян боротьби з дитячими інфекціями на Україні.

Доповідь у цій справі, що недавно заслухала Колегія НКОЗ, подала чимало важливих і цікавих матеріялів.

Після досить помітного зменшення дитячих інфекцій, які щодо деяких хвороб особливо позначилося 1928 року, наступний за ним 1929 р. дає вже деяке збільшення. Ось деякі цифри (випадків)

	1927 р.	1928 р.	1929 р.
Шкарлятина	107191	74.383	93.777
Обклад	25095	20.179	23.111
Кір	57855	100.546	113.819
Кашлюк	61168	72.309	84.070

Перша половина поточного року дає ще дальші збільшення інфекцій.

Треба, між іншим, відзначити, що це підвищення (зокрема щодо шкарлятини та обкладі) спостерігається тепер майже скрізь, сягаючи в окремих країнах Европи та Америки ще більших, ніж у радянському союзі розмірів.

П р и к л а д и:

I. Покажчики шкарлятини на 10000 дітей між 1925 і 1929 р. (змінювання):

а) УСРР	21,3	38,5	30,5
б) СРСР	17,2	24,2	21,2
в) Німеччина	8,8	14,6	19,3
г) Англія	20,9	26,3	—
д) ПАСШтати	15,3	17,4	14,6

II. Обклад дає відповідні збільшення:

а) в Німеччині з 5,0 до 7.6

б) в Англії з 13,0 до 15,0

Трохи збільшився й відсоток смертности.

Звичайно такий стан вимагає вживання негайних заходів, особливо зважаючи на велику потребу розвивати справу колективізації дитячого побуту.

Так само вимагає до себе найпильнішої уваги те, що на дитяче населення, що становить 33% всього населення України, припадає щось із 90% всіх пошесних захорувань. Значний навіть переважний відсоток смертей від гострих інфекцій теж припадає на дитячу групу.

Колегія НКОЗУ ухвалила широкий плян боротьби з дитячими інфекціями.

Основні моменти є такі:

1) Визначивши відсоток шпіталізації хворих на шкарлятину та обклад дітей у 50% на селі та 80% у місті Колегія встановила потрібну для цього кількість ліжок в 7045 (з них 5600 для шкарлятини. 615 — для обкладу і 830 для кору. На липень) час збільшення інфекцій), передбачається збільшення кількости ліжок на 10%, себ-то до 7749, на місяці серпень і вересень—на 25%, а на жовтень —листопад на 50%, або до 10567.

Мережа постійних дитячих інфекц. ліжок, що є тепер, надто незначна, і дефіцит становить понад 5000 ліжок.

Хоча багато інфекц. ліжок тепер саме будують, а подекуди й закінчують будувати, все ж таки негайна потреба вимагає розгорнення на час вибуху епідемій за рахунок загальної мережі значної кількости додаткових ліжок.

2) Санбакінститутам запропоновано забезпечити інструктаж міських і міжрайонових санстанцій щодо бактеріологічного догляду існуючих пошесних відділків у лікарнях, де особливо потрібна організація дезінфекційної справи.

3) Так при НКОЗ, як і при секціях охорони здоров'я на місцях утворюються епідемічні резервні фонди потрібного для загонів майна.

4) На потреби термінових дотацій маломіцним і загрозливим на епідемії районам забезпечується централізований епідфонд.

5) При всіх батеріологічних інститутах організується заготівля корової сироватки для серопрофіляктичних заходів.

6) На безперебійне постачання місцям сироваток і вакцин звернено посилену увагу причому Колегія ставить завдання, щоб на місцях якнайправильніше вживали серотерапії підчас шкарлятини та обкладу.

7) Справу щеплення передбачено розвинути в такий спосіб, щоб на рік їх роботи проти шкарлятини 1 мільйон, з яких 75%—протягом січня—червня. На сільські місцевості повинно припасти не менше 40%.

Проти обкладу буде зроблено $1^1/_2$ мільйони щеплень, з яких на Донбас і промрайони—70%.

На забезпечення всіх згаданих заходів Колегія запропонувала Пляново-Будівельному Бюрові реалізувати вже цього року пляного будівництва інфекційних ліжок, що затвердив НКРСІ.

На затвердження Раднаркому НКОЗ подає проект закону про санмінімум шкільної та дитячої оздоровної мережі так існувальної, як і тієї, що її мають збудувати.

Колегія визнала ще за потрібне, щоб у питаннях серотерапії, серо-профілактики та імунізації було складено спеціяльний довідник для лікарів.

3. Про підсумки літньої кампанії ОЗДП та пляни на майбутнє.

Недавно в НКОЗ відбулася нарада робітників ОЗДП та представників ЛКСМУ в справі підсумків літньої оздоровчої кампанії 1930 року та перспектив цієї роботи на 1931 рік.

В нараді брали участь представники Донбасу й міст—Києва, Луганського, Дніпропетровського, Сум, Полтави, Ізюма, Харкова, а також представники транспортової організації ОЗДП Південних та Донецьких залізниць, численні представники Харк. організації ОЗДП, представники НКОсвіти, представники ЛКСМУ та інституту Охматдиту.

Нарада заслухала доповіді місць та перспективний плян майбутньої роботи НКОЗ в справі ОЗДП.

В повідомленнях місць зазначалися великі досягнення в переведенні оздоровної роботи, як в самій організації мережі установ ОДЗП, так і якості її. В цілій низці місць організовані примітивні літні майданчики, ОЗДП переутворено в денні дитячі санаторії.

Директиву НКОЗ про клясовий підхід до добору дітей в установи ОЗДП виконано в цілій низці міст, навіть з перевищуванням наміченого відсотку (Харків, Київ), до роботи в установах ОЗДП притягалися висуванці з підприємств та комсомольці, що призначалися на завідателів установ, для політроботи з дітьми та для виховальної роботи: % охоплення дітей-школярів оздоровною кампанією на Україні становить в містах—28, а в селах—5.

В пляні на майбутній рік НКОЗ зазначає, що в звязку з кампанією загального навчання оздоровча робота серед дітей та підлітків набуває, особливо важливого значіння і мусить бути в центрі уваги органів охорони здоров'я, а в звязку з загальним питанням кадрів, питання оздоровлення підлітків виростає в велику соціяльно-гігієнічну проблему.

За пляном передбачено переважно обслуговувати дітей робітників охопивши їх в Донбасу на 90, по інших великих промислових центрах—на 70%, для решти міст — 65%, а для Полісся та прикордонної смуги, де переважають діти міської бідноти та кустарів—в 35%.

Велику увагу в оздоровну кампанію 1931 року приділятиметься соц. сектору села, де охоплюватиметься 100% дітей в комунах, радгоспах та колгоспах, а в інших сільських місцевостях — 75%.

Загальний відсоток охоплення оздоровними міроприємствами дітей шкільного віку на Україні передбачено піднести до 40%, а дошкільного віку — до 25%.

Щоб піднести якість обслуговування дітей, всі інститути охорони материнства та дитинства мають взяти участь в інструктуванні керівників роботи ОЗДП; велику увагу приділятиметься питанню підбору кадрів, потрібних для кампанії Вирішено прямувати курсом на оробочення особистого складу установ ОЗДП, втягуючи в цю роботу комсомольців та піонерів.

Нарада визнала за потрібне перейти в роботі ОЗДП од порядку літніх кампаній до пляної системи, змінюючи її залежно від доби року. Найбільшу увагу в зимовий час приділятиметься харчуванню школярів (гарячі сніданки тощо) *).

4. Про роботу бюр лікарської експертизи.

Наркомздоров'я ухвалив ліквідувати центральне бюро лік. експертизи, замість якого при Українському інституті патології та гігієни праці утворюється відділ експертизи ін-

*) Див. об. лист у цьому таки нумері

валідности та визначення працездатности. Цей відділ провадитиме наукого-методологічну роботу в галузі експертизи, а також даватиме консультації з питань експертизи бюрам лікарської експертизи.

У зв'язку з ліквідацією округ бюра лік. експертизи залишаються в такій самій кількості, але провадитимуть свою роботу в міжрайонному масштабі.

Щоб зміцнити роботу місцевих бюр лікарської експертизи, НКОЗ, між іншими заходами, ухвалив забезпечити бюра потрібною кількістю стаціонарних діягностичних ліжок.

У м. Харкові утворюються заочні курси перепідготовки лікарів-експертів.

5. Про медсанобслуговування студентства.

Величезне збільшення кількости студентства в зв'язку з великим зростанням мережі ВИШів і технікумів, знову поставило перед НКОЗ питання про дальше посилення медсанобслуговування студенства. Колегія НКОЗ обговорила це питання на одному з своїх засідань.

Мережа за даними НКОсвіти, становить тепер щось із 160 ВИШів, 750 технікумів і 30 робфаків. Кількість студентів перевищує 80.000.

Мережа лікустанов, що обслуговує саме студентів, є така:

а) у Харкові — студполіклініка, лікарня на 75 ліжок, ізолятор на 25 ліжок і 2 медпункти при гуртожитках.

б) у Києві — студполіклініка

У решті міст студентство обслуговують на загальних зі всіма застрахованими умовах

Отже, тепер Колегія знову підтвердила торічне обіжне розпорядження щодо меддопомоги студентству та ще додала декілька нових вказівок. Ось найголовніші з них:

1) У великих містах, як Харків, Київ, Одеса, Дніпропетровське, колішних окрмістах Донбаса, встановлюється таке:

а) студентів забезпечується безвідмовним прийомом на стаціонарне лікування з розрахунку 1 ліжко на 150-200 студентів, причому, хворі на інфекційні хвороби шпіталізуються всі. До відправки в лікарню студентів уміщують в окремих кімнатах—ізоляторах.

б) Всі гуртожитки, де живе понад 500 студентів, забезпечується пунктами першої допомоги,

в) Санорганізація, що обслуговує понад 2000 студентів, повинна мати обов'язково власного санлікаря. При останньому встановлюється посада дезінфектора по студ. гуртожитках.

г) Посилюється сангігієнічна консультація серед студентства,

2) НКОЗУ поставив питання перед низкою установ, що мають у своєму віданні ВИШі, щоб вони (установи) виділили певну суму на надання студентам курортної допомоги. Порушено також питання про утворення для студентів окремого будинку відпочинку.

6. Про утворення санітарної міліції:

Наркомздоров'я передав до Ради Народніх Комісарів доповідну записку про утворення санітарної міліції.

НКОЗУ підкреслив, що досвід організації санітарного догляду доводить, що в практиці санітарної роботи поряд наявности багатьох питань і дефектів, що вимагають втручання кваліфікованого санробітника (лікаря) — є чимало дрібних справ і завдань, виконання яких можна доручити робітникам меншої кваліфікації.

Водночас чинне законодавство в питаннях санітарної справи вимагає, щоб навіть дрібніші функції санітарного догляду здійснювали саме санлікарі. Отже, останнім доводиться заходитися навіть навколо питань додержування елементарної чистоти в приміщеннях, крамницях, доводиться доглядати своєчасну явку робітник в. харчпідприємств на медичний огляд, складати акти на незначні санітарні порушення тощо. У наслідок цього виникає зайве перевантаження санлікарів дрібними завданнями, а також збільшується термін здійснювання ріжних санзаходів (через недостатність санперсоналу).

НКОЗ і НКВнусправ визнали за доцільне утворити спеціяльну організацію, на яку можна було б покласти виконання елементарних завдань сандогляду з правом застосування простіших адміністративних заходів на місці помічених порушень.

На думку НКОЗ та НКВнусправ, санміліція повинна входити до складу робітничеселянської міліції, як окремий інститут (за прикладом промміліції), виконуючи оперативні функції за завданнями й під керівництвом санітарних органів Наркомздоров'я. Утримувати санміліцію повинен місцевий бюджет. Кадри санміліції комплектує комісія з представників міліції та органів здоровоохорони, переважно зі складу осіб, що мають стаж громадської роботи в справі охорони здоров'я. Доповідна записка передбачає організацію спеціяльних курсів для підготовки кадрів санміліції.

7. Стан медтехнікумів.

Багато дефектів, що спостережено в стані медтехнікумів, викликали з боку НКОЗУ ряд відповідних заходів і директив.

Особливої уваги варті такі недоліки: а) багато технікумів не мають свого приміщення, або мають таке, що в ньому неможна розташувати учбове обладнання; б) є такі медтехнікуми, що зовсім не мають відповідного учбового встаткування; в) подекуди учні не мають гуртожитків, їх не забезпечено харчуванням тощо.

НКОЗУ в свойому листі до всіх РВКів та секцій охорони здоров'я міськрад категорично обстоює, щоб негайно було обслідувано стан медтехникумів за широкою участю суспільности.

Передусім НКОЗ вважає за потрібне зміцнити кадри керівників і викладачів медтехнікумів (тут спостережено певну плинність, випадки свавільного зняття завідателів та їхніх заступників).

Отже, НКОЗУ підтвердив, що призначати та звільнювати керівників тедтехнікумів та їхніх заступників можна за дозволом і затвердженням Наркомздоров'я.

Викладання дисциплін у медтехнікумах покладається на завідателів відповідних відділів ліксанустанов. Відмовлення виконувати ці обов'язки розглядатиметься, як ухилення від справи підготовки медкадрів: таких осіб зніматимуть з роботи, оголошуючи їхні прізвища у пресі.

Зважаючи на надзвичайну важливість забезпечення бази для виробничого практикуму учнів, а також справи невпинного догляду учбової та господарської діяльности медтехнікумів від місцевих органів охорони здоров'я, НКОЗУ склав місцям відповідні конкретні вказівки.

Перевірка учбового пляну медтехнікумів, розклад практичних занять та інш. стає справою не тільки медтехнікуму, але також і органу охорони здоров'я.

Безперервному виробничому практикуму учнів медтехнікумів мають всіляко сприяти спеціяльні інструктори (переважно лікарі та середній медперсонал лікустанов, де провадиться практикум). Їхні посади тепер встановив НКОЗУ.

В останніх вказівках НКОЗУ запропонував, щоб у лікустановах було заготовлено потрібну кількість додаткових халатів, що з них мають користувати учні медтехнікумів, які проходять практикум.

8. За недбайливість — сувора догана.

У Карлівському районі через несвоєчасне запровадження запобіжних заходів проти черевного тифу, а також невжиття потрібних заходів до ліквідації епідемії, остання набула таких розмірів, що утворилася загроза збиранню буряків (у цьому районі є декілька цукрових заводів, і плянтації цукрового буряку займають значну площу — *Ред.*).

Нарком охорони здоров'я за недбайливе ставлення до справ попередження й ліквідації епідемії оголосив сувору догану райздоровінспекторові Карлівського району—т. Браславському та головлікареві райлікарні тов. Радевічу.

9. Виселити сторонніх осіб з приміщень і території ліксанустанов

Через те, що на місцях кволо виконують колишню директиву Наркомздоров'я про неприпущення на території (особливо це в самих приміщеннях) медсанустанов мешкання сторонніх осіб, довелося цю директиву тепер в категоричній формі повторити знов.

Ця потреба стає дедалі особливо нагальною, бо житлова криза в багатьох інститутах, лікарнях все більше натискує.

V. Здоровоохорона на місцях

Од редакції: Утворюючи цей відділ, редакція має на меті вміщувати в ньому дописи та інформації з місць. Лист НКОЗ ч. 618-і з 15-листопада ц. р., дав місцям вказівки щодо питань, що їх треба й важливо висвітлювати на сторінках бюлетеня. Отже чекаємо на дописи райздоровінспекторів, райсанлікарів та окремих медробітників.

1. Як витрачаються кошти самооподаткування на охорону здоровья

(Перші звістки з місць).

Відсоток з коштів самооподаткування, що його давали на місцях на охорону здоров'я, досі був зовсім малесенький; пересічно по Україні він не перевищував 6—7%.

Деякі колишні округи давали зовсім ганебний відсоток, Такий стан доводить лише те, що на місцях не усвідомлено досить важливости справи охорони здоров'я, не приділено їй потрібної уваги.

Директива НКЗдоров'я трохи розворушила місцевих робітників, і ми маємо збільшення питомої ваги витрат на здоровоохорону в загальній сумі витрат, але відсоток і цього року це замалий подекуди.

Подаємо перші звістки, що надійшли.

Задовільно стоїть справа (беремо відносно минулого — Ред):

Райони	% на охор. здор.	Райони	% на охор. здор.	Примітка
. Люксембурзький . .	26,4	8. Лохвицький	15,8	
2. Чугуївський	16,8	9, Петриківський . .	12,8	
3. Лозівський	14,0	10. Березенський . . .	14,5	
4. Слов'янський	12,5	11. Гришинський . . .	12,4	
5. Бородянський	11,1	12. Корюківський . .	10,3	
6. Яготинський	10,4	13. Таращанський . .	12,5	
7. В. Янисольський . .	11,5	13. Лисичанський . .	32,5	Будується нова лікарня

Примітка: по деяких районах ці цифри ще не остаточні.

Незадовільно в районах: Турбівському—6%, Вовчицькому—5%, Станіславчицькому—6% та інш.

А ось де совсім погано:

а) Лихівський—3%

б) Немирівський—5% (причому РЗІ вважає це ніби-то за успіх),

в) Бобровицький 1,3%.

Через те, що з багатьох місць повідомляють про назакінчення розподілу коштів, є підстава сподіватися поліпшення справи. В усякому разі ця надто серйозна справа потрібує якнайбільшої уваги, бо притягнення на охор. здоров'я коштів небюджетових, в тому числі від кооперації, промисловости, громадських організацій та самооподаткування—річ вельми важлива, що може дуже допомогти справі розвитку охорони здаров'я. Досить згадати, що небюджетові кошти протягом 1929-30 року дали на справу охорони здоров'я 17.200.000 карб. замість 11.258.100 карб., що були минулого року,

Бердянське. Кошти—8000 карб., що зібрали підчас самооподаткування по місту, витрачаються цілком на добудування хірургічного відділку лікарні.

2. Медобслуговування підчас осінніх засівов.

Хоч і неможна ще скласти остаточний звіт про те, яких спеціяльних або взагалі посилених заходів вживають у районах на медобслуговування підчас осінніх засівів, проте, ті декілька десятків звісток, що надійшли з місць, дають таке:

1. У **Чернігівському** районі через брак медробітників по радгоспах і невідвідування колгоспів справа стояла незадовільно, Аптечки першої допомоги—в незадовільному стані.

2 У **Ружинському** районі, хоч і залишилися на осінню сівбу утворені влітку 24 пункти, проте не набагато часу, бо вже на початку вересня вони згорнулися. Належну увагу приділяли ввесь час справі виявлення інфекції та боротьбі з ними.

3. У районах Янківському, Бахмацькому, Таращанському, Радомиському, Богодухівському та деяких інших провадилися виїзди бригад медробітників. Працювали и сезонні ясла.

4. Непогано було й в Березівському районі, де лікарський медперсонал і шефська бригада м. Одеси провадили виїзди до сільрад, де працювали, допомагаючи засівникам.

Відомості, що надійшли пізніше з Білозерки, Ф. Енгельсівки, Оржиці, Корюківки та інш. доводять, що міста подавали вже далеко меншу допомогу через виїзди міських лікарів бригад, через пересувні амбуляторії, ніж це було влітку. Взагалі почувається зменшення роботи порівняно до літнього часу. Райони, як це видно з дописів, більше працювали власними силами. Цього очевидно було недосить, бо райони все більше скаржатьси на брак медичного персоналу.

Од редакції: Чекаємо на дальші повідомлення з місць про медобслуговування підчас осінніх засівів. Очевидно. директиву НКОЗ про те, щоб восени не зменшували допомоги міста селу. не скрізь виконано, або виконувалося неповністю.

3. Перші підземні медпункти.

Лисичанське. У день ударника (1 жовтня) відкрито перший у районі підземний медпункт у копальні Евгенівській 15 листопада почав працювати другий підземний медпункт у копальні ім. Рухимовіча.

Усі медпункти, що по копальнях, працюють тепер цілу добу (досі вони працювали на 1—2, а не на всі 3 зміни).

V. Хроніка.

1. У Наркомздоров'я РСФРР

Збільшення мережі зимових курортів

Протягом наступної зими вперше функціонуватимуть ряд курортів, що досі зиму закривалися.

Це курорти: Есентуки, П'ятигорське (з 15 листопада), Сергіївські мінводи (Середня Волга) здовжується сезон на Сочі-Мацестинському курорті аж до 1 лютого. Розширюється зимова програма в Кисловодському, Південному березі Криму, Старій-Русі, Сестроріцькому (біля Ленінграду), Липецьку (Центр. Чорноземна Країна) та інш.

Для робітників заброньовано з 50 до 60% усіх місць (порядком платної оренди ліжок). Робітники, що купують курмісця на власні кошти, отримують кредит на виплат протягом 9—12 місяців, а робітники, що одержують низьку зарплату, мають, крім того, 50% знижки з залізничого тарифу.

Здороввідділи та інспектура, виявивши потребу й бажання окремих осіб придбати місця, звертаються до курортових бюр (на Україні такі є в Харкові, Києві, Артемівському тощо).

НКЗдоров'я РСФРР знову підтвердив попередні свої пропозиції пильно стежити, щоб на курорти відряджували хворих за відповідними показниками.

Наприклад, до П'ятигорського неможна на зимовий час надсилати хворих на свіжі форми люеса, зокрема із зовнішніми та заразливими проявами, на туберкульозні захорування кишок, на нервову систему, як радикуліти, невралгії, неврити та інш.

До Єсентук неможна надсилати таких, що хворіють на поразку шлунку й дванадцятиперсної кишки, на випадок підвищеної кислотности в шлунковому соку, на хвороби сечестатевої системи, на нефрити та інш.

2. Відкрито інститут гематології та переливання крови.

Наркомздоров'я відкрив у Харкові Український Інститут Гематології та переливання крови. Цей інститут має за своє завдання науково-теоретично, а також клінічно вивчати хвороби крови й методи лікування цих хвороб. Інститут має клінічний відділок, куди вміщують хворих на всебічне дослідування й на випадок потреби — на безплатне переливання крови.

До інституту можна звертатися по консультації в питаннях хвороб крови та кровотворних органів, а також в наукових та організаційних питаннях переливання крови. Інститут висилае без плати штандартні сироватки.

Інститут має завжди певну кількість місць для іноміських хворих. Останніх можуть відряджувати до Харкова лікарсько-контрольні комісії загальним порядком через Лікувальне Бюро НКОЗУ.

Установи, що бажають послати хворого в інститут, повинні завчасно запитати інститут про можливість вміщення хворого, подаючи при цьому короткі відомості з історії хвороби та висновок лікарів про стан хворого.

Адреса інституту: Харків, майдан Руднььова ч. 14.

3. Всеукраїнська конференція в питаннях організації праці в сільському господарстві.

Бурхливі темпи реконструтивної доби і нові соціялістичні форми організації сільського господарства, цілком зрозуміло, вимагають і нових, відповідних форм організації праці.

Підсумувати той досвід, що його вже набули в цій справі наші колгоспи, радгоспи, машиново-тракторні станції тощо, виявити ті досягнення, що їх мають на сьогодні науково-дослідчі установи, що вивчають у той або інший спосіб справу організації праці в сільському господарстві — оце ті завдання, що їх поставлено перед Всеукраїнською Конференцією з організації праці в сільському господарстві.

Конференція чимало приділятиме уваги психо-фізіологічним питанням, і через те в ній братимуть активну участь робітники фізіологічної та медичної думки. Питання робочого часу, психофізіології втоми, енергетичного балянсу та біохемічних змін людини підчас роботи, професійного добору, охорони праці, медичної допомоги, професійного добору, охорони праці, медичної допомоги, професійних сільсько-господар. захорувань та травматизму, проблеми жіночої та дитячої праці, організації харчування тощо — все це входить в систему заходів з організації праці і є безпосередня компетенція психофізіологів та лікарів.

Отже всі робітники, що працюють на фронті оздоровлення праці та побуту в сільському господарстві, всі що можуть і повинні дати свою думку щодо організації праці людини, — всі до лав учасників Конференції.

Скликається Конференція в Києві 15 Грудня ц/р. За детальними відомостями щодо роботи Конференції звертатись до Оргкомітету Конференції — м. Київ. вул. 25 Жовтня № 3 Н-Д. Інститут організації праці в сільському г-ві (ІНОП).

Оргкомітет

4. Привітання НКЗдоров'ю УСРР

А. Дніпропетровська група заочників, що скінчила фармацевтичний інститут шле товариський привіт ініціяторами і керівникам заочних фармкурсів. Обіцяємо всі сили й знання віддати справі запровадженню в життя ідеї радянської охорони здоров'я на зміцнення справи пролетаріяту під проводом компартії.

(Із телеграми з Дніпропетровського з 11 вересня — 30 р.).

Б. Дніпропетровська делегація першої Всеукраїнської Наради психоневрологів надіслала до Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча привітальний лист, в якому між іншим, зазначає таке:

Ентузіязм, що панував на нараді, свідчить про поворот, що виявився в українській психоневрології, цілком віддалусеєе ан а кябсження пролетаріятові, а також про велике зрушення, що сталося в керівних органах здоровоохорони, які визнали велику ролю психоневрологічного оздоровлення мас у справі утворення кадрів, виконання грандіозної програми п'ятилітки, у виховуванні нової соціялістичної особи, нових відношень.

Нарада влила свіжий бадьорний настрій в усю групу психоневрологів, що відтепер ще тісніше зв'яжуться з робітниками заводу ім. Петровського, Леніна, Дзержинського Лібкнехта та інш. для спільної боротьби за нову соціялістичну людину.

В. Бригада Інституту харчування рапортує про те, що 7 листопада в присутності представників парторганізацій заводів міськради та міськздоровважділу на фабриці-кухні заводу ім. Жовтневої Революції в урочистій гігієнічній обстановці відбулося запровадження нової системи обслуговування робітників.

За три години пять тисяч робітників одержали без черги обід з двох страв. Харчування перетворилося на місце відпочинку та набування нових сил на виконання промпляну.

(Телеграма з Луганського) Бригада: **Розенберг Власова**

Г. Сьогодні 7 листопада пролетаріят Головaнівщини, разом з селянством святкуючи відкриття новозбудованої райлікарні, вітає Вас — керівника соціялістичної охорони здоров'я на Україні.

Обіцяємо під керівництвом Ленінської партії прикладати всіх зусиль на зміцнення радянської медицини.

Хай живе комуністична партія!

Хай живе керівник соціялістичної охорони здоров'я — Народний Комісаріят Охорони Здоров'я!

(Телеграма з Голованівська) **Комісія.**

Д. Першомайська Інспектура Охорони Здоров'я до тринадцятих роковин жовтня відкрила очну лікарню на двадцять ліжок. На урочистому засіданні райвику та міськради лікарні привласнено назву „Очна лікарня ім. Тринадцятиріччя Жовтня"

Райздоровінспектор **Фрід**

(Телеграма з Першомайського)

Е. В день тринадцятих роковин Жовтня Новомиргородська райлікарня об'являє себе ударною до кінця п'ятирічки та шле палец привітання радянській владі, її проводирю ВКП(б).

Хай живе тринадцята річниця жовтня та її проводарь ВКП(б)!

Хай живе радянська медицина!

Головний лікар **Пікус**

(Телеграма з Новомиргорода)

Ж. Відповідаючи на привітання НКОЗ, медробітники Алчевського району на нараді 21 жовтня ц. р. об'явили себе ударниками ім III року п'ятирічки.

VI. Об'яви та оголошення

І. Про тих, що свавільно кинули свою роботу.

Оголошуючи тут список дезертирів-медробітників, що свавільно кинули свою роботу, НКОЗУ пропонує всім органам охорони здоров'я повідомити Наркомздоров'я про місце перебування перелічених нижче осіб і не надавати їм роботи.

№№	Прізвища та посади	Де працював	Примітки
1	Кузмін Микола Прохоровіч (Доцент математики)	Вінницький хемічний фарм. інститут	
2	Лютерштайн І. І.	Донецький Інститут Паталогії та Гігієни Праці.	
3	Нудель (лікар)	Окнянська лікарня (АМСРР)	
4	Волинський С. М.	Лікарі Попаснянської поліклініки МСУ Півден.-заліз.	
5	Нестеровський О. О.		
6	Дисон Ф. Ю.		
7	Гальперина (сестра)	Дитконсультація Ріпкинського району	
8	Варшавська Віра	Зав. Кабанської амбуляторії (с. Кабан'є)	
9	Гладнєва (фармацевт)	Асистент аптеки в с. Голубівці Перещепинського району	
10	Голованчук Пав. Хвед, (дезінфект.)	Зав. комори дезапаратури Дмитрієвської Міськради	Кол. Сталінська округа
11	Карась Т. І. (лікар)	Чернігівська дит. консультація В.-Токмацького району	Кол. Мелітоп. округа
12	Рогожіна (лікпом)	Шевченківський приймний покой	
13	Старченко Поліна Пилип. (сестра)	Синельніківськ. район (у консультації)	
14	Строцева Марія Степановна (лікпом-акуш.)	Синельніківськ. район. Досвід. станція кукурудзян. інституту	Виїхала до м. Павлограду
15	Кисилева Любов Григоровна (участк. лікар)	Савінськ. район, сл. Чепелі	
16	Шляпченко Любов Михайлівна (Зав. амбулятор.)	Петриківськ. район, Ялосоветівська амб.	Виїхала до м. Твер
17	Круловецька (зублікар)	Васильківск. район, Мало-Михайл. лікарня	Виїхала до Північн. Кавказу
18	Афанасьєв М. Ф. (участков. лікар)	Васильківск. медподіл на Полтавщ.	Виїхав до Кавказу
19	Тарановський Б. В. (обходний лікар)	Верхне-Дніпровської райлікарні	

№№	Прізвище та посади	Де працював	Примітки
20	Конікова	Донецький Обл. Ін-т Патал. та Гіг. Праці	
21	Тульчинський Зоня Пінхасович (лікпом)	Жашківський р-н, Тубпункт	
22	Котельнікова Наталія Миколаїва (акушерка)	Іченський р-н, Акущ. пункт с. Припутнях	
23	Трегуб Семен Борисов. (шкільн. лікар)	Молочанський р-н	
24	Андріолеті Валентів Людв. (Райсанлікар)	Ст. Кременчикск. район	Закінч. Одеськ. Медінст. 1928 р.
25	Кесс Лідія Івановна	Ст. Керменчицьк. район, Зав. амбул.	"
26	Соколова Ольга Іванівна	Ст. Керменчицьк. район Н.-Каракубська лік-ня	"
27	Журавльова Зінаїда Миколаївна (одонтолог)	Ульянівський район, пересув. зубкабін., с. Віри	
28	Гонопільська Є. Т.	Кадієвский район	
29	Паніч (участк. лікар)	Нікопільск. р-н, Петрівська амбулят.	
30	Крамаровська Ш. Т. (медсестра)	Амвросіївськ. р-н	
31	Таранова Н. М. (медсестра)	"	
32	Карпова В. М. (акуш.)	"	
33	Кисленко Одарка Іван. (зав. консульт.)	Петриківськ. р-н	Виїхала до Запоріжж

Виключити із списків дезертірів:

Лікар Позівна, про яку було оголошено в бюлетені НКОЗ № 17—19, за повідомленням Криворізького РЗІ приступила до роботи.

Отже, доводиться до загального відому, що згаданого лікаря за дезертира не вважається.

2. Конкурси

А. Всеукр, Держ. Рентґено-Радіологічний Інститут оголошує конкурс на посади наукових робітників інституту.

Посада	Кількість	Умови та вимоги
1. Зав. рентґен-діягностичного кабінету	1	8—10 річна науково-практична робота в галузі рентґендіягностики. Знайомство з сучасними методами діягностики. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов

Посада	Кількість	Умови та вимоги
2. Зав. рентґен-кабінету глибокої терапії	1	8—10 річна науково-практична роботи в галузі глибокої рентґен-терапії, злоякісних новоутворень. Знайомство з сучасними методами терапії. Наукові твори. Знання української та одної з чузожемних мов
3. Асистент рентґено-діягностичного кабінету	1	3—5 річна науково-практична робота в галузі рентґен-діягностики. Маукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов
4. Асистент рентґен-кабінету глибокої терапії	1	3—5 річна науково-практична робота в галузі глибокої рентґен-терапії. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов.
5. Асистент кабінету поверхової терапії	1	3—5 річна науково-практична робота в галузі поверхової рентґен-терапії. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов.
6. Асистент хірургічного відділу клініки	1	8—10 річна науково-практична робота в галузі хірургії. Наукові твори. Знання української мови та одної з чужоземних мов
7. Ординатори хірургічного відділу клініки	2	3—5 річна науково-практична робота в галузі хірургії. Наукові твори. Знання української мови та одної з чужоземних мов
8. Ординатор гінекологічного відділу клініки інституту	1	3—5 річна науково-практична робота в галузі гінекології. Наукові твови. Знання української мови та одної з чужожемних мов
9. Асистент радіум-терапевтичного відділу клініки інституту	1	5—8 річна науково-практична робота в галузі радіум-терапії злоякісних новоутворень. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов
10. Ординатор радіум-терапевтичного відділу клініки інституту	1	3 річна науково-практична робота в радіум—терапії злоякісних новоутворень. Наукові твори. Знання української та одноі з чужоземних мов
11. Завід. рентґен-фізичного відділу	1	10—15 річний ляб ораторний та науково-педагогічний стаж. Знайомство з рентґен-фізики та сучасними методами дозиметрії. Наукові твори. Знання української мови та одної з чужоземних мов
12. Асистенти рентґен-фізики	2	8—10 річна ляборат орна та наукова робота в галузі рентґен-фізики, знайомство з методами сучасними дозиметрії. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов
13. Ляборант-фізик	1	3—5 річна ляборат орна, наукова робота в галузі рентґен-фізики. Знайомство з сучасними методами дозиметрії. Наукові твори. Знання української мови та одної з чужоземних мов
По біологічному відділу інститута		
14. Зав. серобактеріологічного кабінету	1	10—15 річна ляб ораторна, експериментальна науково-практична робота, знайомство з сучасними методами. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов

Посада	Кількість	Умови та вимоги
15. Асистент серобактеріологічного кабінету	1	5—8 річна експериментальна та наукова практична робота. Наукові роботи. Знання української та одної з чужоземних мов
16. Завід. пато-гістологічного кабінету	1	10—15 річна науково-практична робота. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов
17. Завід. кабінету фізіології	1	10—15 річна експериментальна, наукова робота. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов
18. Завід. біо-хемічного кабінету	1	10—15 річна експериментальна, науково-практична робота. Наукові твори. Знайомство з сучасними методами біохемії. Знання української та одної з чужоземних мов
19. Асистент біо-хемічного кабінету	1	8—10 річна експериментальна, науково-практична робота. Наукові твори. Знання сучасних методів біохемії. Знання української та одної з чужоземних мов
20. Ляборант (лікар) біо-хемічного кабінету	1	3—5 річна експериментальна, науково-практична робота. Наукові твори. Знайомство з сучасними методами біохемії. Знання української та одної з чужоземних мов
21. Зав. хеміко-фізичного кабінету	1	8—10 річна експериментальна наукова робота. Наукові твори. Знання української мови
22. Завід. онкологічного кабінету	1	8—10 річна наукова робота в галузі експериментальної онкології. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов
23. Лікар-ляборант хеміко-мікроскопічної ляборагорії	2	3—5 річна практична та наукова робота. Знайомство з сучасними методами дослідження. Наукові твори. Знання української та одної з чужоземних мов
24. Завід. кабінету культури тканини	1	8—10 річна експериментальна наукова робота. Наукові твори. Знайомство з сучасними методами. Знання української та одної з чужоземних мов
25. Завід. мікрохемічного кабінету	1	5—8 річна експериментальна наукова робота в галузі цитології. Наукові твори. Знайомство з сучасними методами. Знання української та одної з чужоземних мов
26. Зав. мікро-хірургічного кабінету	1	5—10 річна експериментальна робота в галузі цитології. Наукові твори. Знайомство з сучасними методами. Знання української мови

Термін подачі заяв до конкуру закінчується 15 грудня 1930 р. Заяви належить подавати на ім'я Директора інституту на адресу: Харків, Пушкінська вул., № 53. При заявах належить подавати свою автобіографію з відповідними документами, рекомендації наукових, професійних та громадських організацій, а також наукові твори.

Б. Київський Державний Психо-Неврологічний Інститут оголошує конкурс на заміщення таких посад;

1. Асистента клініки органічних захорувань.
2. Асистента клініки психо-неврозів.
3. Асистента відділу соціяльної психо-неврології.
4. Асистента клініки вегетативних неврозів та ендокринових захорувань.
5. Ординатора психо-невролога.

Умови: Зарплатня асистентів — 150 карб. на місяць.

Кандидати повинні мати 7 річний спеціяльний та науковий стаж.

Зарплатня ординаторів — 110 карб. Потрібний стаж за фахом — 3 роки.

Заяви з прикладенням життєпису та відзивів громадських та наукових організацій, а також наукові праці подавати на ім'я директора (вул. Нероновича, № 27).

Термін конкурсу — 20 грудня 1930 р.

В. Український Державний Дитячий Ортопедичний Інститут в Києві оголошує конкурс на заміщення посади:

Асистента-Завідувача Відділу Кісткової туберкульози

Вимоги: 5 років загально-медичного стажу, 3 роки ортопедичного стажу, наукові праці.

Заяви просимо надсилати до Українського Державного Дитячого Ортопедичного Інституту — м. Київ, вул. Революції, ч. 6.

3. Про придбання підручника для складання проєктів і програм медично-санітарного будівництва

До всіх райздровінспектур та секцій охорони здоров'я міськрад

У зв'язку з підготовкою до будівельного сезону 1930-31 року Наркомздоров'я УСРР рекомендує райздровінспекторам та секціям охорони здоров'я придбати, як підручник для складання програм завдань для проєктування та самого будівництва медично-санітарних закладів „альбом шкіцевих проєктів закладів охорони здоров'я", вид. НКОЗУ.

Ціна одного примірника — 10 карб.

В альбомі вміщено 32 проєкти (амбуляторії, лікарні, поліклініки, ясла, інфекц. відділення, буд. сан. освіти тощо).

За замовленням звертатися до НКОЗУ, Пляново-Буд. Бюро.

Кількість примірників альбому, що є в розпорядженні ПББ, дуже обмежена.

УВАГА

До відому робітників периферії, що приїздять до Харкова

Щоб запобігти зайвому витрачанню часу, коли робітники з місць потрапляють у НКОЗ саме підчас відсутности Наркома, його заступників або керівників секторів НКОЗ, подаємо тут календар засідань (деяких) і розподіл робочого часу Наркома охорони здоров'я.

1. т. Нарком приймає відвідувачів у у такі числа місяця: 2, 5, 7, 8, 12, 15, 17, 18, 22, 25, 27 і 28. Прийом: з 15 до 16 годин.

2. Засідання колегії НКОЗУ: 2, 12 і 22 числа, о 18 год.
3. Розпорядчі засідання колегії: 8, 18 і 28 числа, о 10 год.
4. Службові доповіді у Наркома:
 - 2, 12 і 22 — з 10 до 15 год.
 - 5, 45 і 25 — з 12 до 15 год.
 - 7, 11 і 27 — з 9 до 11 год.
 - 10, 20 і 30 — з 9 до 15 год.

Згідно з наказом Наркома керівники секторів, груп, окремі інспектори по всіх секторах НКОЗ провадять прийом відповідувачів з 14 до 16 год. **що дня.**

Радимо занотувати, що переважна більшість відповідальних робітників має свої вихідні дні у дні першої та четвертої бригад (себ-то 1, 4, 6, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 24, 26, 29 кожного місяця).

УВАГА!

Видавництво „Наукова Думка“ випустило в світ

ЗБІРНИК

найголовніших директив і розпоряджень у справах охорони здоров'я

(1929—30 р.р.).

У збірникові вміщено постанови вищих партійних та урядових органів, обіжні розпорядження НКОЗ УСРР.

Збірник висилається за замовленнями накладеною платнею. **Ціна 75 коп.** Почтові витрати — згідно з дійсною вартістю.

Замовлення й гроші надсилати до Наркомздоров'я (Харків, Буд. Держпромисловости VI під'їзд).

Цей збірник повинні мати всі установи й заклади охорони здоров'я, керівники установ та медробітники.

Виправлення друк. помилки

У Бюлетені ч. 17—19 на стор. 331, рядок 4 знизу:

надруковано: „. припадає на час харчування“.

повинно бути: „. припадає на час чергування“.

Відповід. редактор **С. І. Канторович.**

Укрполіграфоб'єднання Третя Друк. ім. Фрунзе Харків, Донець-Захарж., 6. Укрголовліт. 5-жб Зам. 2231. Прим. 3.700

VIII. Інфекційні захворування по округах УСРР за липень 1930 р.

Округи	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нов'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria
a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Артемівська	39	5	1	1	20	1873	—	898	353	456	24	3358	299
2. Бердичівська	53	2	4	—	25	33	—	924	568	246	93	2060	13
3. Білоцерківська	16	5	—	—	—	52	—	364	185	299	31	1168	18
4. Вінницька	84	7	10	—	9	118	—	1524	379	765	105	1573	41
5. Волинська	47	3	6	—	8	29	—	176	501	431	23	1429	55
6. Гуманська	91	9	2	—	—	152	—	959	396	678	88	1949	12
7. Дніпропетровська	160	38	8	—	50	3215	—	1548	728	503	121	4856	68
8. Запорізька	44	4	—	—	12	808	—	413	250	465	24	935	23
8a Дніпрельстан	16	1	—	—	—	153	—	50	13	41	1	1067	3
9. Зінов'ївська	32	1	1	—	3	753	—	750	373	288	38	899	11
10. Київська	140	7	9	—	5	520	—	410	469	878	124	2549	53
11. Конотіпська	25	8	9	2	5	495	2	730	219	519	52	2335	33
12. Кременчуцька	21	2	10	—	1	1082	—	671	136	190	31	438	17
13. Криворізька	45	10	—	—	23	1744	—	691	135	433	28	1858	17
14. Лубенська	18	4	7	—	7	841	—	866	368	395	69	2641	16
15. Луганська	36	10	—	1	14	1138	—	802	206	426	39	2302	301
16. Маріупільська	34	4	—	—	—	420	—	726	234	437	39	1046	116
17. Мелітопільська	86	16	2	—	37	1175	—	500	188	148	45	1045	66
18. Миколаївська	53	2	1	—	3	493	—	200	241	319	56	902	56
19. Одеська	77	26	13	—	14	645	—	1002	657	459	69	1293	17
20. Полтавська	48	2	4	—	—	1372	—	1218	242	156	55	1469	25
21. Проскурівська	40	1	18	—	5	35	—	361	349	114	99	681	7
22. Сталінська	72	8	—	—	7	705	1	942	295	420	26	2488	376
23. Сумська	23	—	5	—	5	251	—	401	479	382	35	1840	24
24. Харківська	145	12	8	—	76	2161	—	1448	1360	1138	189	4250	132
25. Херсонська	87	5	4	—	37	1829	1	507	164	397	25	906	140
26. Чернігівська	53	8	3	—	6	404	2	295	175	229	57	1306	11
27. Шевченківська	49	3	13	—	9	252	—	608	214	422	37	1020	14
28. АМСРР	58	30	—	—	11	342	—	632	256	572	20	849	89
Разом	**1692**	**233**	**138**	**4**	**392**	**23090**	**6**	**20616**	**10133**	**12206**	**1643**	**50512**	**2053**
Залізниці: 1. Південні	9	—	—	—	—	457	—	222	65	67	13	1104	—
2. Донецькі	3	—	—	—	—	255	—	290	64	46	5	898	4
3. Південно-Західні	22	—	1	—	5	147	—	253	102	202	24	1775	—
4. Катеринівські	7	1	—	—	—	323	—	241	75	102	13	1555	6
Разом	41	1	1	—	5	1182	—	1006	306	417	55	5332	10
Всього по УСРР за травень 1930 р.	**1733**	**234**	**139**	**4**	**397**	**24272**	**6**	**21622**	**10439**	**12623**	**1698**	**55844**	**2063**
Всього по УСРР за квітень 1930 р.	1284	144	272	8	338	27804	10	28047	9019	11776	4690	66046	1241
за травень 1929 р.	1695	225	110	5	356	22908	6	5295	4212	12255	1145	43612	1013

Округи	Міжковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	В т. ч.: Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'який шанкр Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
a	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівська	—	2	—	3	—	3	331	98	122	34	28	28	248	—	172	347
2. Бердичівська	1	11	—	3	1	4	639	233	122	13	23	1	103	13	81	413
3. Білоцерківська	—	14	—	5	—	7	322	61	42	6	15	12	31	1	87	159
4. Вінницька	—	2	—	24	—	5	438	179	51	4	16	—	122	5	60	413
5. Волинська	1	5	—	—	—	2	607	141	57	3	28	1	106	6	55	380
6. Гуманська	3	7	—	41	1	7	600	113	183	4	8	2	104	1	116	208
7. Дніпропетровська	9	9	—	10	—	8	574	98	139	23	50	24	294	1	437	457
8. Запорізька	2	3	—	5	—	4	444	18	61	6	23	1	105	—	193	176
8a Дніпрельстан	—	—	—	—	—	—	95	5	28	2	—	2	95	—	8	53
9. Зінов'ївська	—	7	—	10	—	5	422	89	174	3	8	7	112	—	164	261
10. Київська	—	5	—	11	—	2	1213	359	298	35	49	82	233	—	187	560
11. Конотіпська	1	4	—	3	—	2	940	294	117	11	32	6	114	9	156	629
12. Кременчуцька	—	4	—	—	—	2	197	32	21	5	9	—	76	—	81	124
13. Криворізька	—	2	—	6	—	7	273	41	81	7	31	4	164	—	294	255
14. Лубенська	3	13	—	13	—	14	848	193	213	8	18	2	167	4	246	325
15. Луганська	—	—	—	4	—	—	495	115	151	29	48	7	264	—	82	487
16. Маріупільська	—	—	—	13	—	3	305	103	35	11	8	4	89	4	199	251
17. Мелітопільська	—	5	—	11	1	6	401	55	61	5	16	1	132	—	280	373
18. Миколаївська	2	2	—	20	3	2	161	24	63	6	11	27	127	—	97	242
19. Одеська	1	4	—	17	—	16	743	155	353	23	10	116	595	2	233	356
20. Полтавська	—	7	—	5	—	7	569	220	60	4	8	5	132	1	223	403
21. Проскурівська	—	2	—	6	—	6	489	342	141	6	22	1	126	—	28	250
22. Сталінська	—	—	—	3	—	1	502	138	126	9	10	9	164	—	181	212
23. Сумська	—	2	—	9	—	4	707	114	55	—	3	—	69	—	156	406
24. Харківська	6	42	—	31	—	8	1329	250	427	36	104	7	240	11	804	1769
25. Херсонська	—	4	—	7	—	2	597	162	11	5	9	1	97	2	174	240
26. Чернігівська	3	17	—	7	—	4	538	79	102	4	30	—	80	—	104	317
27. Шевченківська	—	8	—	15	—	7	502	97	117	3	7	—	92	5	162	334
28. АМСРР	2	2	—	14	5	4	275	50	113	13	17	3	101	—	55	140
Разом	**34**	**183**	**—**	**296**	**11**	**142**	**15556**	**3858**	**3524**	**318**	**635**	**353**	**4382**	**65**	**5115**	**10540**
Залізниці: 1. Південні	—	2	—	3	—	—	164	21	26	6	5	55	72	—	13	77
2. Донецькі	—	—	—	—	—	—	255	50	37	4	8	14	63	—	32	56
3. Південно-Західні	—	—	—	—	—	2	181	30	120	12	12	28	117	—	15	99
4. Катеринівські	—	—	—	—	—	—	77	20	31	6	19	2	94	—	105	21
Разом	—	2	—	3	—	2	677	121	214	28	41	52	346	—	165	253
Всього по УСРР за травень 1930 р.	**34**	**185**	**—**	**299**	**11**	**144**	**16233**	**3979**	**3738**	**346**	**676**	**405**	**4728**	**65**	**5280**	**10793**
Всього по УСРР за квітень 1930 р.	38	217	—	160	8	127	19937	5642	4218	369	857	338	4458	34	6433	12316
за травень 1929 р.	19	158	2	391	12	138	18374	4387	4127	343	994	421	4514	45	5843	16012

VIII-а. Інфекційні захворування по округових містах УСРР за липень 1930 року.

ОКРУГОВІ МІСТА	Тиф—Typhus					Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis letharg. aic	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis			М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породольна Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
	Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus																	Всього	В тому числі: Сифіліс I Syphilis I	В тому числі: Сифіліс II св. Syphilis II rec.					
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. Артемівське	7	2	—	—	12	59	—	63	84	40	1	296	2	—	—	—	—	—	2	48	16	12	2	1	1	19	—	11	19
2. Бердичів	4	—	—	—	—	2	—	9	32	1	2	99	—	—	1	—	2	—	—	40	45	24	—	5	—	29	—	1	2
3. Біла-Церква	4	2	—	—	—	2	—	39	15	17	2	31	—		—	—	1	—	—	31	—	2	1	—	10	10	—	—	9
4. Вінниця	13	4	1	—	—	4	—	24	16	6	4	92	—	—	—	—	1	—	—	43	3	4	—	—	—	34	—	—	10
5. Гумань	36	—	—	—	—	1	—	66	8	2	3	71	—	—	—	—	1	—	—	3	—	6	1	1	—	12	—	4	—
6. Дніпропетровське	93	13	6	21	—	987	—	575	294	103	56	2715	4	—	1	—	1	—	1	212	22	49	6	2	20	155	—	49	6
7. Житомір	11	1	2	—	—	—	—	5	76	—	1	36	1	—	—	—	—	—	—	9	—	3	—	2	—	—	—	—	—
8. Запоріжжя	17	—	—	—	4	155	—	67	59	53	5	285	—	—	3	—	—	—	1	237	8	14	—	8	1	70	—	19	4
9. Зінов'ївське	9	1	—	—	—	13	—	44	61	63	3	163	1	—	1	—	—	—	—	114	22	28	2	1	4	41	—	8	8
10. Київ	123	—	7	—	—	123	—	169	267	77	65	897	1	—	3	—	1	—	—	709	267	206	20	16	76	151	—	59	85
11. Конотіп	5	6	—	1	—	8	—	43	2	—	—	79	—	—	—	—	—	—	—	121	77	27	3	6	1	23	—	5	17
12. Кременчуг	11	2	6	—	—	268	—	184	36	—	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2	—	—	48	—	—	13
13. Кривий-Ріг	14	8	—	—	10	99	—	58	12	25	2	208	6	—	—	—	—	—	—	35	—	32	1	8	—	61	—	35	20
14. Лубні	—	1	—	—	—	68	—	7	4	4	1	36	—	—	—	—	—	—	—	28	3	8	—	—	2	19	—	—	2
15. Луганське	10	3	—	—	3	134	—	101	60	58	1	590	10	—	—	—	—	—	—	160	56	35	1	1	—	51	—	16	34
16. Маріупіль	8	—	—	—	—	78	—	186	16	90	—	234	7	—	—	—	—	—	—	112	45	10	1	—	—	40	—	39	—
17. Мелітопіль	10	—	—	—	—	30	—	37	13	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	31	5	6	1	—	—	51	—	10	6
18. Миколаїв	22	—	—	—	—	35	—	44	88	7	11	341	—	—	—	—	1	3	1	36	4	48	4	4	24	88	—	8	18
19. Одеса	33	9	11	—	—	146	—	136	174	31	24	201	4	—	2	—	—	—	7	359	98	270	20	8	110	525	—	3	108
20. Полтава	10	—	2	—	—	112	—	22	24	2	11	169	—	—	1	—	—	—	—	58	104	14	—	1	3	47	—	7	—
21. Проскурів	1	—	1	—	—	4	—	9	22	6	3	62	—	—	—	—	—	—	—	45	45	21	4	2	1	40	—	—	3
22. Сталіне	36	8	—	—	1	74	—	135	72	25	9	161	121	—	—	—	1	—	—	59	30	43	3	3	5	24	—	15	17
23. Суми	2	—	1	—	—	14	—	27	23	24	3	268	—	—	—	—	—	—	—	254	42	12	—	—	—	36	—	8	1
24. Харків	81	3	—	—	30	159	—	280	424	62	97	160	3	1	3	—	3	—	—	139	40	6	1	—	—	13	—	19	31
25. Херсон	22	—	—	—	6	337	—	33	32	12	3	34	8	—	—	—	—	—	—	174	122	8	4	1	—	9	—	21	9
26. Чернігів	20	4	1	—	—	27	—	40	19	1	8	7	—	—	5	—	—	—	1	—	—	34	3	7	—	47	—	—	—
27. Черкаси	6	—	1	—	—	5	—	44	17	13	1	46	—	—	—	—	—	—	—	37	1	14	2	1	—	26	—	7	5
28. Тирасціль	5	7	—	—	—	19	—	96	18	28	1	116	61	—	—	—	—	—	3	14	—	15	—	1	1	28	—	—	2
Всього по окрмістах УСРР за травень 1930 р.	**613**	**74**	**39**	**22**	**66**	**2963**	—	**2543**	**1968**	**750**	**324**	**7404**	**229**	**1**	**21**	—	**12**	**3**	**16**	**3108**	**1055**	**959**	**82**	**79**	**259**	**1697**	—	**344**	**429**
Всього по УСРР за квітень 1930 р.	30	40	56	1	46	3831	—	4069	1526	890	331	12385	166	2	31	—	9	1	20	3929	1758	1287	109	142	187	1508		529	545
Всього по УСРР за травень 1929 р.	662	93	33	—	49	3514	—	1087	980	1119	226	7379	90	2	52	1	24	2	14	3893	1159	1337	79	259	290	1861	1	563	783

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, Картковому репертуарі та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 22 | 15 грудня 1930 року | № 22

Центр. Наукова Бібліотека імени Короленка Харків

ЗМІСТ

I. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

С. Канторович — На нові методи роботи. За нові темпи.

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

Організаційна частина. 239-а. Повідомляйте про скликання райз'їздів і конференцій охор. здоров'я. 240. Про передплату бюлетеня НКОЗ на 1931 р. 241. Положення про міжрайоновий тубдиспансер. 242. Теж-про вендиспансер. 243. Про утримання установ місцевого бюджету, що мають міжрайонове значення. Кадри. 244. Про облік медперсоналу в секціях О. З. та РВК'ах (інструкція). 245. Положення про заміщення посад у медсанустановах. Санепід. Саносвіта. 246. Про медсандогляд шкіл. 247. Про боротьбу з антисанітарним зберіганням та заготівлею харчпродуктів (додано постанову НКЮ). 248. Про посилення та раціоналізацію сандогляду молочних фарм. 249. Про заочні курси саносвіти. Лікувально-профілактична частина. 250. Про спеціяльну та кваліфіковану меддопомогу застрахованим через лікбюро НКОЗУ. 251. Про порядок відрядження селян на спецлікування до великих центрів. 252. Як розподіляються місця санаторно-курортної допомоги. Охматдит: 253. Про передачу до установ НКО дітей старше 4 років 254. Про порядок витрачання коштів фонду допомоги матері-селянці на 1930 р. 255. Про видачу натурою речей для новонароджених.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ

1. Колегія НКОЗ у медінституті. 2. Про видання укр. мед. енциклопедії. 3. Мед. бібліотеки на місцях. 4. Сувора догана лікарям Шевченкові та Врауде. 5. У Надвич. Комісії боротьбі з епідеміями. 6. Нарада епідеміологичної секції Вченої Медичної Ради. 7. Про науково-консультаційне бюро при інституті Харчування. 8. Про першочергове виготовлення білизни та госп. річей для лікустанов.

IV. ОБ'ЯВИ

1. Про тих, що свавільно залишили свою роботу. 2. 5—Конкурси та інш.

І. Політика охорони здоров'я, питання організації та управління

На нові методи роботи. За нові темпи

(Із промови Наркома Охорони Здоров'я тов. С. І. Канторовіча)

Наш зв'язок з районами

За нового адміністративного поділу України нашому Наркомату, як центральній установі, треба в порядку належного обслуговування стикатися з декількома стами районами, що стають за цілком оформлені, регляментовано самостійні одиниці.

Ці багаточисленні райони потрібують негайної зосередженої уваги до себе, причому треба насамперед взяти за основу, що охопити ми повинні **всі райони**, хоча-б такий маштаб вимагав надто великого напруження сил.

Охоплення районів дійсним керівництвом з боку НКОЗ повинно бути повноцінним і справжнім. Хтось, мабуть, гадав, що досить, мовляв, обмежитися загальними вказівками, а периферія вже візьме це все до керівництва й виконання. Це, звичайно, неправдива річ. На місцях справа стоїть настільки негаразд, що охоплення 500 районів керівництвом стає ділом першої черги.

Наркомздоров'я зріс тепер надзвичайно, має чималий апарат, в якому працюють гарні фахівці, а зв'язок із районами ще такий кволий, майже непомітний, що стан нагадує два зубчастих колеса (НКЗ і периферія), що, на жаль, жодним зубчиком не торкаються один одного. Так само стоїть справа й щодо зв'язку наукових інститутів із районами. Треба ще зауважити, що наркомздоровський сектор науки, що керує інститутами, якось теж не спромігся встановити постійний належний контакт із медсанфектором, з тим, щоб з одного боку черпати в останньому потрібні відомості про вимоги й завдання периферії на відповідний час, а з другого — передавати Медсектору досвід роботи інститутів на краще використання його. І цей зв'язок, конче потрібний між згаданими оперативними секторами НКОЗУ, мусить встановити наш Оргінстр.

Про новий характер обслідувань

Треба покласти край колишнім обслідуванням, що, охоплюючи дуже невеличкий простір роботи, не давали потрібного змістовного матеріялу для керівної діяльности НКОЗУ (Аджеж і кол. 40 округ були геть недосить відомі Наркомздоров'ю за своєю діяльністю, щодо хиб і недоліків своєї роботи.

Треба насамперед складати цілком певний і визначений програм обслідувань за певною схемою, вживаючи за цим програмом і схемою так одноособових, як і групових і бриґадних обслідувань.

Відряджуючи обслідувачів куди-небудь, даємо йому певні доручення й завдання, даємо йому також і належні вказівки щодо пильного стеження за виконанням складених пропозицій і попередніх директив. Поряд цього даємо й належні повноваження вживати на місці потрібних заходів на усунення помічених недоліків і навіть накладення кар на винуватих.

Треба, кінець-кінцем, довести місцевим робітникам, що приїхав представник центральної влади, який не тільки цікавиться станом роботи, але також і щось робить на виправлення помічених хиб.

Отже, провадячи відтепер обслідування районів, треба конче змінити характер цих обслідувань. Абсолютно недосить обмежуватися тільки фотографуванням стану, в якому перебуває той або інший медичний пункт, та або інша лікарня, поліклініка тощо, бо ефекту ми не дійдемо навіть тоді, коли складені пропозиції заслухають і візьмуть до керівництва та виконання.

Найліпші практичні пропозиції, якщо тут саме на місці не взятися за виконання їх, або принаймні простежити, як розпочали ці виконання, будуть марні, або в крайньому разі безкорисні. Прикладів можна навести безліч, тим більше, що е чимало саме таких пропозицій, які можна перевести в життя або негайно, або протягом невеличкого часу.

Ось прикладом запропонував якось наш інструктор-інспектор „Не припускати відкритого переховування перев'язочного матеріялу". А далі що? Чи перевели це в життя, чи підкорилися цьому наказові? Треба, склавши пропозицію, тут саме негайно й простежити за виконанням.

А в тім роботи в цій галузі страшенно багато. Треба таки простежити, щоб до щенту винищити той нечуваний бруд, сморідь, нехлюйство, що панують скрізь по медустановах Донбасу. Треба не нехтуючи будьякими дрібницями (бо від останніх частенько залежить дуже й дуже багато), не випускати з поля зору все, що так знижує якість медсанобслуговування робітництва та колективізованого селянства. Уперто, крок за кроком саме там, на місці підчас обслідування треба домагатися того, щоб було поповнено аптечки першої допомоги, змінено білізну на ліжках, вичищено бруд із медпункту, відряджено десятника на навчання справі першої допомоги та інше та інше. Повторюємо, якщо є момент, коли негайно перевести в життя пропозиції інспектора неможна, то треба хочаб простежити за тим, чи розпочали виконувати пропозицію та як саме.

Ще дещо відносно зв'язку з районами. Інформування про їхню роботу

Зважаючи на те, що нажаль ми не можемо здійснити стільки обслідувань, щоб за короткий час охопити велику периферію, треба вдатися до інших метод, що до деякої міри себе теж виправдують: мова йде про виклики до НКОЗ райздоровінспекторів, головлікарів лікарень, щоб тут заслухати їхні доповіді. І цієї методи треба вживати не тільки тоді, коли на колеґії або на секторах слухають доповіді інспекторів-обслідувателів (тут, звичайно, присутність відповідного керівника медсанустанови конче потрібна), але навіть і за окремим розробленим пляном. Цю задачу мусить зо всією повнотою виконати організаційно-інструкторський сектор НКОЗУ.

Тепер декілька слів про інформацію. На відповідну групу НКОЗ ми покладаємо тепер велику роботу щодо налагодження інформаційного зв'язку з периферією. Тут треба забезпечити з одного боку своєчасне та повне інформування периферії про діяльність НКОЗ, його інститутів та інституцій, насамперед про директиви та розпорядження. Неможна б) надалі миритися з тим, щоб на вимоги обслідувателів про запровадження в життя найважливіших завдань здоровоохорони, периферія відповідала, що, мовляв, вона цих директив не знає.

Бюлетень Наркомздоров'я, хоч і збільшив свій тираж, але досі далеко недосить проникнув в нашу периферію. Якщо досі перешкоджала платна підписка на нього, якщо безплатна розсилка може забезпечити належне розповсюдження нашого бюлетеня, а з ним разом і всієї належної інформації про діяльність Наркомздоров'я, напрямок та політику його роботи, — то треба безперечно перейти на безплатність. Райони повинні

знати про нашу роботу й про те, чого ми від них вимагаємо. Поряд суто офіційного матеріялу треба в бюлетені, а також в усіх наших медичних журналах утворити відділи „Організації охорони здоров'я", в яких периферія могла-б почерпати потрібні вказівки та поради, як саме ставить роботу, як керувати нижчою периферією та інш. та інше.

На вимоги й запитання периферії — негайна відповідь

До Наркомздоров'я надходить щоденно сила паперів із районів. Є серед них (паперів) чимало листів, в яких місцеві робітники висловлюють низку клопотань, прохань, вимог, очикуючи порад тощо. Досі помічалося, що чимало паперів — чи то через неудосконаленість розмітки прибулої почти, чи то з інших причин — якось розпорошувалися по НКОЗ, не знаходячи негайно свого б зпосереднього виконавця. Є, нарешті, й такі прикрі випадки, коли на листи з периферії, іноді навіть на негайні, відповіді довгий час не давали. Ось, наприклад, я натрапив на такий випадок, коли один із співробітників сектора кадрів затримав у себе на 12 днів телеграму, що вимагала негайної відповіді. Це є нечуване нехлюйство. Хіба можна не відповідати на запитання? А ось другий приклад, коли голова одного з РВК'ів, не дочекавшись на відповідь, приїхав сам, вимагаючи розв'язання його справи.

Таким явищам треба покласти рішучий край. Якщо неможна негайно дати вичерпану відповідь та остаточно розв'язати питання, треба принаймні сповістити заявника, що справу взято на розв'язання й що відповіди можна чекати за такий-то й такий-то час.

Про наші кадри

Досвід останнього ознайомлення з багатьома районами в Донбасі та інших місцях УСРР довів багато глибоких недоліків, і навіть більше—проривів в справі того, як забезпечується медсанробота належними кадрами робітників в розумінні повного й належного засвоєння лікарями та медробітниками середніх кваліфікацій основних засад радянської охорони здоров'я. Насамперед, про санітарну організацію. Мусимо одверто сказати, що в цьому треба провести чималу переоцінку деяких цінностей, треба мабуть розвінчати декого з донбасівських героїв, що, приїжджаючи на центральні з'їзди та наради, тут пишалися своєю залежністю до донбасівських діячів, а потім у себе на місці продовжували попередню бездіяльність, ставлячись зневажливо до нейбезпосередніших своїх обов'язків Довелося, перебуваючи в Донбасі, стикатися з санітарними лікарями, що чомусь надто вузько розуміли свої функції та обов'язки, не поширюючи своєї уваги на такі важливі ланки роботи, як догляд робітничих гуртожитків, їдалень, на стан водопостачання, як влаштовано миття та санообробку робітників, зокрема тих, що знов прибувають до Донбасу. Хіба можна байдуже поставитися до такого дуже й дуже прикрого факту, коли лікар-харчовик твердить, що йому нема чого ходити по гуртожитках, а другий заявляє, що йому—житловикові якось не личить заглядати в їдальні. Якби такі-от лікарі добре знали б напрямок й вимоги радянської охорони здоров'я, пильно б їх виконували, а це позначилося б, як наслідок намагань щодо громадсько-політичного виховання лікарських робітників, — справа стояла б краще. А в цій галузі справа стоїть дуже й дуже негаразд. Скрізь і всюди серед широких кіл робітництва, серед фахівців спостерігаємо могутній рух на самозакріплення на підприємстві, скрізь розвивається величезне соцзмагання, ударництво, шефство. Тільки в нас якось непомітний цей рух. Отже, так передовим лавам медробітників, як і відповідним громадським організаціям тут передстоїть, як і досі величезна робота щодо виховання суто радянського, відданного справі пролетаріяту медробітника.

Запровадження потрібних в цій галузі заходів е справа сьогоднішнього дня, кожного дня. Треба, щоб Донбас, наші найвідповідальніші дільниці народнього господарства мали якнайшвидше гарний за фахом і політичною свідомістю медичний персонал. Роля профспілкової організації в цій справі е надто очевидною.

Тут саме треба згадати про абсолютно неприпустиме явище багатьох частенько помічається та буквально роз'їдає лікарське суспільство, надто зле впливаючи на стан та посування медично-санітарного обслуговування трудящих. Мова йде про склоки та чвари серед лікарів, про такі прикрі явища, як оговори, наклепи тощо. Треба, щоб наші обслідувателі на місці вживали енерґійних заходів проти порушників нормального розвитку медсанроботи, яких вони виявлять підчас ознайомлення з роботою.

Говорячи тут про втілювання нових метод роботи, про прискорювання її темпів, не треба докладно знову й знову спинятися на потребі дальшого розвинення таких найважливіших ланок роботи, як дальше поширення та наближення меддопомоги до робітництва та колективізованого селянства. Такі питання, як утворення пунктів першої допомоги (зокрема підземних), до того ж пунктів, що з усіх боків відповідали б важливому своему призначенню; такі питання, як дійна боротьба з травматизмом (згадаймо, що через недостатню та невдосконалену боротьбу з травматизмом в одному тільки Донбасі маємо що-року нових 5000 покалічених) та інш. мусять невпинно й завжди бути в самому центрі нашої роботи щодо належного медобслуговування робітничої людности та бідняцько-середняцьких мас селянства.

Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

Повідомляйте про скликання районних з'їздів у справах охорони здоров'я

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів) і секцій охорони здоров'я міськрад. Копія — до НКОЗ АМСРР

Щоб краще реґулювати справу відвідування районів і посилити поінформованість, Наркомздоров'я пропонує таке:

1. Подавати відомості про передбачені районні з'їзди здоровоохорони (або великі конференції та наради), завчасно зазначаючи, коли саме скликається за пляном, або самий термін.

У відомостях треба зазначати порядок денний з'їзду або конференції.

2. Надсилати до НКОЗУ докладні протоколи з'їздів, нарад і конференцій.

Тут саме НКОЗ вважає за потрібне підкреслити, що в протоколах треба неодмінно відзначати, хоч коротенько, зміст виступів і промов.

Тільки за цієї умови можна буде якнайдоцільніше використовувати листовний протокольний матеріял.

Член колеґії — керівник оргінстр. сектору **Суслов**

Оргінспектор **Вайнштейн**

(Об. лист НКОЗУ ч. 611-28 з 27 листопада 1930 р.).

240. Про передплату бюлетеня Наркомздоров'я на 1930—31 р.

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів), до всіх міських рад (секції охорони здоров'я), до всіх медсанупрів на транспорті, копія до НКОЗ АМСРР

2-го листопада НКОЗ звернувся до вас із листом*), в якому пропонував зосередити передплату бюлетеня НКОЗ в райвиконкомі, щоб цим самим забезпечити постачання бюлетеня всім без винятку медодиницям (лікарням, поліклінікам, консультаціям, аптекам, диспансерам та інш.), що є в районі.

Повторюючи тепер свою пропозицію, НКОЗ має ще додати таке: Прагнучи наблизити свою інструктивну та керівну роботу аж до найглибшої периферії, Наркомздоров'я перетворив бюлетень у такий орган, що є за справжнє єдине джерело, з якого органи здоровоохорони та всі медробітники черпатимуть провідний матеріял і взагалі всі відомості щодо діяльности органів охорони здоров'я, напрямку роботи тощо.

Дехто заперечував, мовляв, неможна передплачувати за ввесь район, а потім важко буде розсилати.

НКОЗ зауважує, що цього робити не доведеться, бо, якщо надіслано буде до періодсектору ДВОУ (Московські ряди ч. 11) докладні почтові адреси всіх медичних закладів вашого району, бюлетені надсилатимуться туди безпосередньо. Гроші надсилати теж до ДВОУ.

Останні два номери бюлетеня НКОЗ надіслав всім РВК безплатно. Після цього повинна надійти реґулярна передплата, за якою бюлетень над-

*) Див. також бюлетень ч. 20-21 ц. р.

силатиметься своєчасно негайно після виходу з друкарні. Про ціну було зазначено в попередньому листі (з 1 жовтня 1930 р. до 1 січня 32 р. ціна 6 крб. 50 коп.).

Бюлетень повинен бути в кожній медустанові та закладі. Цього вимагає власний інтерес установи; цього вимагає потреба пляновоі, правильноі роботи всієі нашоі мережі.

Народній Комісар охорони здоров'я Канторовіч
(Об. розп. НКОЗ ч. 618-0 з 25 листопада 1930 р.).

Затвердив Нарком Охорони здоров'я Канторовіч

241. Положення про міжрайоновий тубдиспансер (МРТ)

1. МРТ обслуговує населення місця свого розташування (місто або приміський район) всіма диспансерними методами, виконує консультаційні лікувальні завдання та функції організаційно-наукового керівництва на терені районів, що їх до нього приєднано. В містах, де на цім терені знаходяться тубдиспансери залізничників, вони повинні надсилати до МРТ відомості про свою діяльність, а також погоджувати з МРТ переведення всіх кампаній.

2. До завдань МРП належить таке:

а) організація протитуберкульозної боротьби з міжрайоновому маштабі та керування діяльністю районов их тубустанов на території обслуговування.

Примітка: МРТ обслуговує чітко обмежену територію декількох сусідних районів, причому розмір всієї терирорії встановлює НКОЗУ

б) Надавати лікувально-діягностичну допомогу тубхорим та забезпечувати хворих санаторно-курортною й стаціонарною допомогою;

в) вивчати умови побуту та праці трудового населення щодо боротьби з туберкульозою;

г) організовувати санітарно-гігієнічні та соціяльно-профілакт. заходи, потрібні для боротьби з туберкульозою, та переводити їх у життя в своїому районі;

д) організовувати заходи щодо піднесення санітарної культури населення на території свого обслуговування та переводити їх у життя в своїому районі;

е) організовувати громадський актив навколо боротьби з туберкульозою;

ж) підвищувати кваліфікацію лікарів і в перпу чергу дільничних в галузі боротьби з туберкульозою—за погодженням з відповідним інститутом удосконалення лікарів та підготовлювати середній персонал та громадський актив (робітники підприємств, колгоспів, тощо) в цій галузі.

3. Щоб здійснити зазначені завдання, МРТ:

а) концентрує в себе матеріяли щодо захворувань, смертности від туберкульози серед населення своєї території та періодично розроблює всі матеріяли;

б) організує амбуляторний прийом здіягностичним стаціонаром та бронює певну кількість ліжок на шпіталізацію тубхворих по лікарнях, де є тубвідділки, організує їх в тих районах де їх немає;

в) переводить обслідування як індивідуальні, так і колективів;

г) організує тубсекцію при КОПП'і та провадить громадські кампанії;

д) керує діяльністю районових тубустанов на терені своєї зони, утворюючи конференції туб. лікарів, виїзди до району, щоб інспектувати та інструктувати, ставлячи відчити райтублікарів;

е) консультує в питаннях підвищення кваліфікації лікарів в галузі тубзахворувань та плянування цієї діяльности на вказівками відповідного інституту вдосконалення лікарів.

4. Щоб виконати найширше та найповніше завдання, що покладаються на МРТ, треба мати в його складі:

а) прийом дорослих; б) прийом дитячий; в) обслідчий аппарат.

Бажано забезпечити надання хворим, що звертаються до МРТ, хірургічної та ларингологічної консультації на місці, а також мати:

а) Діягностичний стаціонар; б) власну ляборàторію; в) музей та виставку.

При МРТ під його безпосереднім доглядом та керуванням є допоміжні установи:

1) Солярій, 2) дитячий денний та нічний санаторій, 3) нічний санаторій для дорослих, 4) сезонний майдан для лікування кісткової туберкульози, 5) дітїдальня.

Примітка 1. Де немає можливости влаштувати власну ляборàторію, МРТ користується райсанбакляборàторією. Рентгендопомогу забезпечує міжрайон. рентгенустановка.

Примітка 2. Штат МРТ до цього додається.

5. МРТ безпосередньо адміністративно підпорядковується ФЗІ (секції охорони здоров'я міськради). або єдиному диспансеру. або поліклініці, до складу якої він входить, виконуючи свої завдання на підставі директиви НКОЗ та методологічних вказівок тубінституту, до якого він прикріплений.

Примітка 1. В разі, коли МРТ входить до складу єдиного диспансеру, або поліклініки райцентру, міжрайонові функції свої він виконує за окремим пляном, який він складає, а затверджує РЗІ або секція охорони здоров'я міськради.

6. В разі, коли в даному центрі є декілька тубдиспансерів, міжрайонові функції покладається на одного з них за пропозицією РЗІ або секції охорони здоров'я міськради та затвердження НКОЗ.

7. МРТ надається право встановлювати зони обслуговування населення неміжрайоновими тубдиспансерами та тубпунктами в погодженні з відповідним РЗІ.

Штати МРТ

До штату МРТ входять:

1. Зав. МРТ—лікар (він веде й прийом) 1
2. Лікар-педіятр . 1

Примітка 1. Остаточна кількість лікарів ординаторів встановлюється за потребою в розрахунку один лікар-ординатор—на 10000 осіб застрахованих, або на 20.000 населення.

Примітка 2. Якщо в штаті є 3 лікарі, вводиться обов'язково 1 статистик.

3. Лікар—хірург (кісткові-тубхорі) 1/2 ставки
4. Лікар-ото-рино-ляринголог 1/3 „
5. Сестри обслідувачки, згідно з кількістю лікарів, при чому одна з них обслуговує саме дитяче населення
6. Медсестри—(включаючи допомогу при накладенні пневмо торакса) . 2
7. Реєстратор . 1

Примітка 1. В разі, коли прийом МРТ розбито на ранковий та вечірній, щоб обслуговувати робітників підприємств за потребою, встановлюється додатково 1/2 ставки реєстратора.

Примітка 2. В разі. коли МРТ існує, як самостійна установа, до його штату додається:

санітарів 2 1/2 (один з них для дит. відділку)
вартов. нічн. 1 (мешкає при МРТ)
двірників 1

8. За наявности діягностичного стаціонару на 3—5 ліжок.

Санітарка нічна (з правом спати підчас чергування) 1
Сестра медична . 1

Примітка 1. При наявності діягностичн. стаціонару, треба утворити їдальню й в такому разі до штату МРТ входять:

Сестра—господарка 1
Куховарка 1
Санітарка 1

Зразкові норми прийому

1. Кількість хворих на одну лікарню за робочу годину не більше 5, що за одну робочу добу (5 1/2 год.) становить—20 хворих.

Примітка. 1 годину пересічно на протязі робочого дня лікар використовують для сан. освітньої та інш. профілакт, роботи в стінах тубдиспансеру та щоб ознайомлюватись з матеріялами сестер-обслідувачок.

Інструкція щодо порядку напрямлення хорих до МРТ

До МРТ надсилають:

А. Хорих, що мешкають в місці розташування МРТ.

а) дорослих—лікарі амбулаторн. установ, допомоги на дому та медпунктів;

б) організоване дитинство та інше дит. населення—вищезазначені лікарі, шкільно-саніт. лікарі, з дитконсультацій та диспансерів ОЗДП

в) Жінок—крім лікарів групи „а"—лікарі жіночих консультацій.

Б. Хорих районів, що їх прикріплено до МРТ.

а) лікарі амбуляторних установ через відповідного РЗІ, щоб врегулювати напрямлення хворих та своєчасного їх прийому МРТ у встановленій розверстці та в точно визначені дні;

в) лікарі амбуляторних установ безпосередньо в разі потреби термінового терапевтичного втручання лікарів—фахівців МРТ.

Затвердив: Нарком Охор. Здоров'я **Канторович**

242. Положення про міжрайоновий вендиспансер (МРВ)

1. МРВ обслуговує всіма диспансерними методами населення свого місця розташування (місто або приміський район) та виконує консультаційно-лікувальні завдання та функції організаційно-наукового керівництва на терені районів, що їх до нього приєднано. В містах, де на цій терені заходяться залізничні вендиспансери, останні повинні надсилати до МРВ відомості про свою діяльність, а також погоджувати з МРВ переведення всіх кампаній.

2. До завдань МРВ належить таке:

а) організовувати противвенеричну боротьбу з міжрайоновому маштабі та керувати діяльністю районових венустанов на терені обслуговування:

б) вивчати захворувальність, виявляти вогнища;

в) організовувати заходи санітарно-гігієнічні та соціяльно-профілактичні, потрібні для боротьби з венеричн. хворобами, та безпосередньо переводити в життя ці заходи;

г) організовувати громадський актив навколо боротьби з вензахворуванням, та простутуцією;

д) підвищувати кваліфікацію лікарів, насамперед дільничних, в галузі боротьби з вензахворуваннями—за погодженням з відповідним ін-том удосконалення лікарів.

3. Щоб здійснити зазначені завдання, МРВ:

а) концентрує в себе облік на розроблення матеріялів захворувальности на терені свого обслуговування;

б) організує амбуляторний прийом та бронює певну кількість ліжок у лікарнях для ізолювання та лікування активних хворих на люес та ускладнені форми гонореї, організує ліжка там, де їх немає:

в) встановлює щільний зв'язок з установами ОХМД (дит. консультацій, пологобудинок, будинок немовлять);

г) переводить обслідувальну роботу, в більшому індивідуальну, для вивчення соціяльної етіології, патології та профілактики вензахворувань;

д) організує венсекцію при підкомісії соціяльних захворувань КОПП'у та переводить громадські кампанії;

є) організує комісію в справі боротьби з проституцією;

ж) керує діяльністю районових венустанов на терені своєї зони, утворюючи конференції райвенлікарів, практикуючи виїзди до районів, щоб інспектувати та інструктувати, ставлячи відчити райвенлікарів;

з) консультує в питаннях підвищення кваліфікації лікарів в галузі вензахворувань та плянування цієї діяльности — за вказівками відповідного інституту вдосконалення лікарів.

4. Щоб ви онати найширше та найповніше завдання, що покладаються на МРВ, бажано мати в його складі відділки:

а) сечестатевий чолов. та жіночий кабін., б) сифілитичний чолов. та жіноч.; в) електрокабінет, г) музей та виставки.

При МРВ улаштовується і перебуває під його безпосереднім керуванням:

1) Трудпрофілакторій, 2) нічний пункт першої протівенер. профілактичн. допомоги, 3) гуртожиток для робітників та селян, що приїзджають з районів—хворих на гонорею. 4) гуртожиток для хворих на шкіряні заразливі хвороби (фавус тощо).

П р и м і т к а. Штат до цього додається.

5. Хворі району, де містяться МРВ, поступають до нього безпосередньо, а з інших районів — за напрямленням лікарів.

6. МРВ безпосередньо адміністративно підпорядковується РЗІ (секції охорони здоров'я міськради) або єдиному диспансеру, або поліклініці, до складу якої він входить. виконуючи свої завдання на підставі директив НКОЗ та методологічн. вказівок венінституту, до якого від прикріплений.

Примітка 1. У разі, коли МРВ входить до складу єдиного диспансеру, або поліклініки, райцентру, він виконує свої міжрайонові функції за окремим пляном, який він складає, а затверджує РЗІ або секція охорони здоров'я міськради.

7. У разі, коли в даному центрі є декілька вендиспансерів, міжрайонові функції покладаються на одного з них за пропозицією РЗІ або секції охорони здоров'я міськради та затвердженням НКОЗУ.

8. МРВ надається право встановлювати зони обслуговування населення неміжрайоновими вендиспансерами та венпунктами в погодженні в відповідними РЗІ.

Штат МРВ

1. Зав. МРВ—лікар веде ½ прийому)
2. Ординатор—чол. сечестат, кабін. 1
3. „ —жін. „ „ 1
4. „ —чол. сифіл. кабінет 1
5. „ —жін. „ „ 1
6. „ —шкірян. сифіл. кабін. ½
7. Медсестра 1
8. Лікпом 1

Примітка. Середній медперсонал—лише для чолов. та жіноч. сечестатев. кабінетів.

9. Сестра патронажна 1
10. Статистик 1
11. Реєстраторів 2 (окремо для чол. та жіноч.)

Примітка 1. Штати розраховано на один ранковий прийом. В разі встановлення вечірнього прийому, штат МРВ відповідно збільшується.

Примітка 2. В разі МРВ існує, як самостійна установа, до штату його входить:

Санітарки 2
Вартов. нічн. 1
Двірник 1

Норми прийому хворих:

	Первісн. хвор.	Повтор. хвор.
А. 1. Для шкірян кабінету	10 хвил.	5 хвил.
2. Для чолов., жіноч. дит. сифіл. кабінет. . . .	15 „	8 „
3. „ „ „ сечестат. кабін.	15 „	8 „
Примітка. Якщо сестри немає	15 „	10 „

Б. Кількість хворих на 1 лікаря за робочу годину:

По чол. сечестат. кабін. 7 чол.
„ жін. „ „ 6 „
„ чол., жін. сифіл. кабін. 10 „
„ шкірян. кабін. 10 „

В. Штати треба побудувати в такий спосіб, щоб надання допомоги первісним хворим переводилось безвідмовно.

243. Про утримування установ місц. бюджету, що мають міжрайонове значення

До всіх РВК'ів, голів міскрад, копія—до НКОЗ АМСРР, райздоровінспекторів і секцій охор. здоров'я міськрад.

(розіслано 28 жовтня 1930 р.)

У зв'язку з ліквідацією округ і переходом установ місцевого бюджету, що раніш фінансувалися за рахунок округових бюджетів, на повне утримання міськрад або районів,—на місцях виникають питання в справі утримування установ, що раніше відогравали ролю установ міжрайонового значення, себто, обслуговували низку районів.

Наркомфінансів і Наркомздоров'я повідомляють, що за постановою Урядової Комісії в справах ліквідації округ 26 липня 1930 р., установи охорони здоров'я операційна

діяльність яких виходить за межі тієї територіяльної одиниці, де вони розташовані, себто зв'язані з обслуговуваням низки районів, повинні залишитися на місцевому бюджеті, з повним зберіганням за ними їхнього міжрайонового значення.

На підставі цього, Наркомфінансів і Наркомздоров'я визнають за неприпустиме скорочення мережі установ охорони здоров'я або операційної діяльности існуючих установ, щоби не погіршити стан обслуговування населення — проти стану, що був до ліквідації округ.

Щодо фінансового забезпечення установ і заходів міжрайонового значіння, то ці установи й заходи фінансуються за рахунок місцевого бюджету тієї територіяльної одиниці, де ці установи розташовані, або де ці заходи запроваджуються, з видачею міськраді або району дотації за рахунок республіканського фонду регулювання.

Розмір такої дотації буде виявлено у Наркомфінансів підчас розгляду місцевих бюджетів.

За Наркомфінансів Меламедовський

Заст. Наркомздоров'я Нагорний

(Об. розп. НКОЗ і НКФ ч. 222 — 10 з 28 жовтня 1930)

КАДРИ.

244. Інструкція про облік медичного персоналу в секціях охорони здоров'я міськрад та райвиконкомів

(Постанова НКОЗУ з 18 листопада 1930 р. 13/510)

1. Увесь медичний та фармацевтичний персонал, що займається медичною або фармацевтичною роботою, як професією, той, що працює по медустановах охорони здоров'я та інших організацій, що живе з вільної практики та безробітний повинен бути зареєстрований в містах в секції охорони здоров'я міськрад (міськздоровах), а в районі — в райвиконкомах.

Примітка: Військові лікарі не підлягають реєстрації в органах охоронздоров'я за винятком тих випадків, коли військовий лікар, сполучуючи посади працює в громадській мед. сан. установі або приватно практикує.

2. Підлягають обліку такі категорії осіб медичного та фармацевтичного персоналу, що постійно мешкають на території міста чи району, займаються медичною або фармацевтичною роботою, як професією та мають згідно з правилами професійної роботи медперсоналу відповідні документи на медичну кваліфікацію:

1) Лікарі медичні,
2) Лікарі одонтологи,
3) Зубні лікарі,
4) Лікарські помічники, до яких належать:

а) лікпоми, що скінчили 4 річні земські школи або склали іспита екстерном при кол. „Врачебних Управлениях".

б) лікпоми, що кінчили військові три-чотирирічні школи, а також школу лікпомів при Ленінградськ. військово—медичній академії.

в) лікпоми, що скінчили середні професійні школи та медичні технікуми, а також особи, що екстерном склали іспит на цю кваліфікацію

г) санітарні лікпоми, що кінчили школу сан-лікпомів.

Примітка: Військові лікпоми (що не вчились в медичній школі, а пройшли короткий курс), якщо вони працюють на посадах в мед. сан. установах, підлягають реєстрації з поміткою „ротний лікпом".

5) Фельдшериці — акушерки
6) Акушерки
7) Сестри медичні (сестри жалібниці), в тому числі сестри охматдиту, сестри патронажні, сестри обслідувачки, сестри — виховательки.

Примітка: Сестри, що скінчили курси сестер військового часу Укр. Червоного Хреста триралістю не менш 9 місяців, мають право на реєстрацію

8) Масажисти, масажистки.
9) Фармацевти (провізори, аптечні помічники) особи, що скінчили хем. фарм. інститути, фарм. технікуми та фарм. курси — останні протягом не менш 9 місяців.
10) Лябоpанти (не лікарі)
11) Зубні техніки, що мають відповідні свідоцтва про скінчення зуб. техн. школи або технікуму, або складали відповідний іспит, передбачений наказом № 13 НКОЗ та НКПраці з 30 квітня 1927 р. (Зб. Мед. Сан. Зак. 1928 р. стор. 27).

12) Рентгенотехніки
13) Рентгенолянборанти
14) Віспощепії

3. Штатні курортові мед. робітники, що постійно мешкають на курортах УСРР, повинні бути на обліку відповідної міськради. Медперсонал вищенаведених категорій, що працює по курортах УСРР, як сезонові робітники, беруться на облік лише в відповідних курупрах.

4. Медперсонал, що працює на залізничному та водному транспорті, також реєструється в відповідних міськрадах або райвиконкомах, причому облік цих лікарів провадиться окремо.

5. Лікарі, курсанти, що перебувають тимчасово, в тому або іншому місті на курсах, не підлягають реєстрації в місці проходження курсів і залишаються на обліковi за місцем постійної праці.

6 Підчас реєстрації: а) особи, що мають кваліфікацію лікарів, лікарів — одонтологів, зубних лікарів, акушерок, фельдшериць - акушерок, лікарських помічників, фармацевтів, медичних сестер, масажистів, масажисток, — повинні подати, як доказ своєї кваліфікації документи, які передбачено в „Правилах професійної роботи медперсоналу", (Зб. Уз. УСРР 1924 р. 10 арт. 97), тобто дипломи або свідоцтва про закінчення мединституту або медшоли.

Примітка; Дипломи та свідоцтва про закінчення медшколи, міськздоровінспектура або РВК зберігають в своїх справах.

б) Сестри охматдиту, патронажні, обслідувачки та сестри — виховательки подають свідоцтва про скінчення відповідних шкіл або курсів.

в) Лябораити з вищою освітою (не лікарі подають) свідоцтво про скінчення ВУЗУ, бактеріольогічних або хемікомікроскопічних курсів; решта лябораитів подає довідки про проходження курсів, або про відповідну практичну роботу протягом не менш одного року.

г) Рентгенотехніки подають свідоцтва про закінчення спеціяльних курсів при рентгенівських інститутах або довідки від рентгенівських установ про працю за фахом не менше 3 років. Як рентгенлаборантів, слід реєструвати осіб, що пройшли практичний курс при рентгенівських інститутах не менш 1 року та мають відповідне посвідчення або осіб, що мають медичну кваліфікацію не нижче медичної-сестри та працювали за фахом рентгенляборанта не менш 1 року в рентгенустановах (кабінетах тощо).

7. Осіб, що подають на доказ своєї медичної кваліфікації постанови судових органів, неможна зареєструвати на підставі цих документів згідно з обіжником НКО УСРРі від 11 січня 1930 р. (Бюл НКЮ 1930 р. Ч. I), що суд не має права встановлювати медичну кваліфікацію, і цих осіб можна реєструвати лише після того, як вони складуть іспит при відповідних медичних школах, як ті, що загубили документи.

8. Особи, що набули медичної або фармацевтичної кваліфікації закордоном, що знов прибувають до СРСР, можуть бути зареєстровані після відповідних іспитів, які провадяться для лікарів та зубних лікарів при медичних інститутах, для середнього медичного персоналу — при мед. технікумах, а для фармацевтичного — при фарм. інститутах або фарм-технікумах.

9. Міськздоровінспектура або райздоровінспектор підчас реєстрації персоналу має право вимагати перевірочного практичного іспиту для осіб, що не працювали за своїм фахом більше 5 років. Факт праці встановлюється відповідними довідками. Цей іспит практичного характеру провадиться в відповідних медичних школах.

10. Облік медперсоналу провадиться за картковою системою за формою НКОЗ.

Примітка: Підчас реєстрації медперсоналу диплом залишається в міськздоровінспектуі або райвиконкомі.

11. Реєструючи лікарів, що прибули до міста або району, міськздоровінспектура або райвиконком вимагає, крім диплому, подання трудспиcку та довідки про звільнення з місця останньої роботи. В тому разі, коли в трудсписці зазначено, що лікар одержував стипендію, пройшов ординатуру, інтернатуру, аспірантуру, курси, був в наукових відрядженнях, треба перевірити, чи є відмітки органу охорони здоров'я про відслугування або про звільнення від такого.

12. Лікарі та середній персонал, що прибувають до міста або районів після закінчення медвузу або школи, подають лише наряд або від медвузу або школи. Документи про закінчення Вишу або школи пересилається до міськради чи райвиконкому, а не видають на руки. Приймаючи середній медперсонал в мед. сан. установи, головні лікарі обов'язані вимагати від цього персоналу реєстраційного посвідчення секції охорони здоров'я міськради або райздоровінспектора.

13. Переїжджаючи з однієї округи до іншої на постійне мешкання, кожний медробітник вищенаведених в п. 2-му кваліфікацій повинен знятися з обліку секції охорони здоров'я міськради або райздоровінспектора, про що робиться відмітка на реєстраційному посвідченні, та зареєструватись у місці нового перебування. Знятися з обліку можна листовно через пошту.

14. Медробітники, що ламають правила реєстрації медичного персоналу, притягаються до адміністративної відповідальности за арт. 72 Адміністративного Кодексу УСРР.

15. Міськздоровінспектура та райвиконкоми повинні вести систематичний облік руху кваліфікованого медперсоналу, прибуття з інших міст та районів і республік, від'їзд, смерть.

Примітка: Міськздоровінспектура та райздоровінспектор повинні одержувати від ЗАГС'у повідомлення про всі випадки смерти медичного персоналу, зокрема лікарів, для повідомлення НКОЗ'у.

16. Всі мед. сан. установи обов'язані сповіщати міськздоровінспектури та райздоровінспекторів про всі зміни кваліфікованого медперсоналу, подаючи відомості за встановленими НКОЗ статистичними формами та термінами.

17. Вся робота щодо обліку медичного персоналу покладається на секції охорони здоров'я та на райздоровінспекторів.

18. Двічі на рік—на 1 січня й на 1 липня міськздоровінспектура та РВК подають до сектору кадрів НКОЗ сумарні відомості про наявність медичного персоналу за формою НКОЗ.

За Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Заст. зав. сектору кадрів **Кушнір**

Положення про заміщення посад у медсанустановах

(Постанова НКОЗУ з 18 листопада 1930 р. ч. 13-510)

Загальні засади

На підставі постанови РНК УСРР з 17 квітня 1924 р. (Зб. Узок. УСРР 1924 р. ч. 10 арт. 94)

Облік та розподіл всього кваліфікованого медичного (та фармацевтичного) персоналу концентрується в органах охорони здоров'я і провадиться безпосередньо цими органами

2. Увесь медичний та фармацевтичний персонал, а також безробітний повинен бути зареєстрований по місцю постійного перебування: в містах—у міськздоровінспектурі (секції охорони здоров'я) або в інспектора охорони здоров'я міськради, в районах—в райвиконкомів у райздоровінспектора. Реєстрація провадиться на підставі окремої інструкції Наркомздоров'я. На медичні посади призначається виключно осіб, що зареєстровані в міськздоровінспектурі або райздоровінспектора.

3. Заміщення всіх вільних медичних посад провадиться залежно від номенклатури посади:

а) в порядку адміністративного призначення,

б) за конкурсом,

в) в порядку плянового розподілу осіб, що закінчили ВИШ'і та технікумі.

Примітка: В тому разі, коли конкурс не відбувався за відсутністю кандидатів, орган охорони здоров'я може призначити відповідного кандидата без конкурсу.

I. Порядок призначення персоналу вищої кваліфікації

4. Апарат охорони здоров'я—заміщається в порядку адміністративного призначення; питання погоджується з відповідн. організаціями спілки МСТ.

Керівних робітників апарату НКОЗ—зав. груп, відділів, інспекторів та інструкторів призначає Народній Комісар, погоджуючи кандидатури в ВУК медсантруд.

5. Керівних робітників апарату міськздоровінспектури, секцій охорони здоров'я міськради—інспекторів та інструкторів призначає завідуатель міськздоровінспектури з наступним повідомленням сектору кадрів Наркомздоров'я.

6. Райздоровінспекторів призначає райвиконком, сповіщаючи завчасно Наркомздоров'я про кандидатуру, причому НКОЗ має право відводу.

7. Керівних робітників апарату медсанупрів, транспорту та водсанупру—інспекторів та інструкторів призначає Наркомздоров'я—сектор кадрів з транспортним сектором.

8. Керівних робітників апарату Укр. Курортного Управління та місцевих курортних управлінь призначає начальник УКУ, попередньо погоджуючи кандидатуру з сектором кадрів НКОЗ.

9. Директора Всеукраїнського Аптекоуправління призначає Наркомздоров'я. Керівних робітників Всеукр. Аптекоуправління (ВАУ)—завідателів відділів а частин призначає директор ВАУ, попередньо погоджуючи кандидатури з сектором кадрів НКОЗ.

10. Всі перелічені категорії керівних робітників апарату є на персональному номенклятурному обліку сектору кадрів НКОЗ, причому, порушуючи питання про затвердження або погодження кандидатур, відповідна організація обов'язково подає до сектору кадрів НКОЗ облікову картку відповідального робітника за встановленою формою.

II. Керівники наукових інститутів, ВИШ'ів та технікумів

11. Директорів науково-практичних та науково-дослідчих інститутів медичних та фармацевтичних ВИШ'ів, заступників директорів цих установ, завідателів факультетами мед. та фарм. відділів призначає Народній Комісар за поданням сектору кадрів разом з сектором науки.

Примітка. З розпорядження Наркома для заміщення посади директора або заступника директора Наукового Інституту може оголошуватись конкурс.

12. Завідателів (директорів) середньо-медичних технікумів призначає керівник сектору кадрів.

13. Директори інститутів, заступники директорів (головлікарі інститутів) зав. фак. завідателі технікумів є на персональному номенклятурному обліку НКОЗ.

14. Всі призначення та звільнення керівників інститутів та технікумів НКОЗ оголошуються в наказі по НКОЗ.

III. Наукові робітники та викладачі медичних та фармацевт. ВИШ'ів, інститутів удосконалення лікарів, наукової практичних та науково-дослідчих інститутів

15. Всі посади штатні та поверхштатні викладачів, наукових робітників, професорів доцентів, асистентів, ординаторів, лябораитів, взагалі всі лікарські посади по всіх інститутах НКОЗ, крім директорів та їх заступників, заміщуються за конкурсом.

16. Оголошення конкурсу на вакантну посаду провадить відповідний інститут, одночасно повідомляючи про це НКОЗ. В об'явах про конкурс інститут повинен зазначити: докладну назву посади, ставку та інші умови вимоги, що ставляться до кандидата, щодо його стажу, підготовки, наукових робіт. Термін конкурсу повинен бути не менш одного місяця. Всі заяви на конкурс подаються безпосередньо до інституту і розглядаються в конкурсній комісії інституту.

17. Склад конкурсної комісії інститутів є такий:

А) У медичних та фармацевт. інститутах.

Голова: директор або його заступник. Члени: завідатель факультету, два завідателі катедри того факультету, куди провадиться конкурс, за призначенням директора, та один представник профспілки медсантруд.

Примітка. Один з членів комісії зав. катедри повинен бути завідатель тої катедри, куди провадиться конкурс, коли обрання провадиться не на посаду зав. катедри.

Б) В інститутах удосконалення лікарів:

Голова: директор або його заступник. Члени: представник міськздоровінспектури, представник Медсантруд, Зав. учбової частини, двоє завідателів катедр відповідного відділу (факультету) за призначенням дирдктора інституту.

В) У науково-практичних та науково-дослідчих інститутах:

Голова: директор або його заступник. Члени: два наукових робітники відповідного відділу інституту, яких призначає директор та представник Медсантруд.

18. Конкурсна комісія інституту, розглядаючи заяви, ухвалює вирішення простою більшістю голосів. В разі незгоди будь-якого члена комісії з обраною кандидатурою. член комісії має право подати листовно мотивовану окрему думку, яка прикладається до протоколу комісії.

19. Всі постанови конкурсної комісії інституту є попередні і підлягають затвердженню НКОЗ, куди й надсилаються всі матеріяли конкурсу (заяви та документи) разом з докладним протоколом комісії та окремими думками (якщо такі є).

Примітка. До НКОЗ надсилається всі матеріяли як тих, що обрала конкурсна комісія, так и тих осіб, що їх не обрано.

20. Постанову конкурсової комісії інституту щодо заміщення посад професорів, доцентів, самостійних викладачів медичних та фарм. інститутів та інститутів удосконалення, та посад завідателів відділів всіх наукових інститутів НКОЗ, а також членів науководослідчих катедр затверджує Народній Комісар на підставі відозви кваліфікаційної комісії НКОЗ, яка попередньо розглядає та дає оцінку кандидатур з наукового боку.

Постанови конкурс. комісії щодо обрання на всі інші посади затверджує сектор кадрів.

Примітка. Кандидатури на професорські посади погоджуються з Наркомосвітою.

21. Склад кваліфікаційної комісії такий; Голова: Зав. сектору кадрів. Заступники голови: 1) Зав. сектору науки або його заступник. 2) Заст. зав. сектору кадрів. Члени:—фахівці за персональним призначенням Народнього Комісара.

22. Матеріяли в справі конкурсу (наукові роботи тощо) до засідання кваліфікаційної комісії сектор кадрів дає на рецензію окремим членам кваліфікаційної комісії або окремим фахівцям. Кваліфікаційна комісія складає стенографічний протокол, який подається Народньому Комісару підчас затвердження.

23. Щоб розглядати та обговорювати окремі важливі питання в справі заміщення посад наукових робітників за розпорядженням Наркома може скликатись поширена кваліфікаційна комісія в складі, що її визначено в п. 20 з додатком наукових робітників, що їх персональний склад затверджує Народній комісар.

24. Постанови конкурсної комісії інституту про обрання, набувають сили після одержання повідомлення сектору кадрів НКОЗ про затвердження кандидата.

25. Запрошення на тимчасову роботу до конкурсу, для заміщення хорих, відпуском терміном не більш, ніж на 2 місяці, провадиться розпорядженням директора інституту без санкції НКОЗ. Запрошення на тимчасову роботу до конкурсу будь яких переваг цій особі підчас конкурсу не дає.

IV. Заміщення лікарських посад в містах

26. Заміщення посад лікарів, завідателів установ провадиться без конкурсу в порядкові адміністративного призначення зав. секцією охорони здоров'я або інспектора охорони здоров'я в тих містах, де нема окремої секції охорони здоров'я.

Примітка. Призначення на посади завідувачів, висуванців робітників або селян провадиться за погодженням з відповідними організаціями, що висунули цих робітників в такому ж порядкові. Перелік посад в мед. сан. установах, що їх можна можна заміщати висуванцями встановлює НКОЗ (дод. № 2).

27. Заміщення всіх лікарських посад міста (крім завідателів) провадиться за конкурсом. В окремих випадках секція охорони здоров'я може оголошувати конкурси й на посади завідателів установ. Термін конкурсу повинен бути не менш місяця.

27. Обрання на лікарські посади та ляборантські посади, що вимагають вищої освіти, провадиться через міську конкурсову комісію в складі: голови — зав. секції або інспектора охорони здоров'я, там де нема окремої секції та членів — інспектора відповідної галузі роботи, завідателя установи та завідателя відділку установи, куди обирається кандидат та представника Медсантруд. Заміщуючи посади в установі, що входять до бази мед. інститутів або інституту удосконалення запрошують представників цих інститутів з ухвальним голосом.

28. Брати участь в конкурсі мають право всі лікарі, що працюють в даному місці, безробітні, що зареєстровані в секції охорони здоров'я та лікарі з інших місцевостей, що не обов'язані там відслуговуванням, про що вони повинні подати відповідні довідки.

Примітка. Лікарів, що ухилились від відслуговування за курси, інтернатуру, ординатуру або обов'язкової трирічної служби після закінчення ВИШ'у, не припускається до конкурсу.

30. За наявности одинакової кваліфікації переважне право зайняти посади в містах надається лікарям, що працювали на селі або в фабрично-заводських та рудничних місцевостях 5 років та демобілізованим лікарям кадрового начскладу (не однорічкам) протягом першого року зо дня мобілізації. Це переважне право надається лише тим сільським або рудничним лікарям, що лічаться в окремому кандидатському спискові лікарів, що працюють на периферії та бажають одержати посаду в місті. Для занесення до цього кандидатського списку лікар повинен звернутись до НКОЗ та одержати від НКОЗ довідку з дозволом. Цю довідку лікар повинен подати разом із заявою до відповідної міської секції охорони здоров'я. На підставі довідки НКОЗ секція охорони здоров'я вносить лікаря до кандидатського списку. Лікарі, що їх внесено до кандидатського списку, беруть участь в конкурсах за відповідним фахом, не подаючи кожного разу нової заяви.

Обираючи за конкурсом, комісія ураховує також матеріяли атестації (якісного обліку) фахівців даного міста. Цей якісний облік провадиться на підставі окремої інструкції НКОЗ.

31. Конкурсова комісія за наявности у кандидата посади може обрати його умовно з обов'язком залишити одну або декілька посад.

32. Постанови міської конкурсової комісії, що їх затвердив міськздоровінспектор, є остаточні.

В разі член комісії подає окрему думку до НКОЗ, постанову конкурсової комісії зі всіма матеріялами переглядає сектор кадрів.

V. Заміщення лікарських посад в громадських організаціях

33. Через міську конкурсову комісію крім посад по установах, що є в безпосередньому завідуванні міськздоровінспектури, заміщуються з участю представників відповідних

організацій також лікарські посади: в установах УЧХ, в установах кустпромкаси, в установах різних громадянських організацій.

VI. Заміщення посад в міжрайонових установах

34. Заміщення лікарських посад в установах міжрайонового значення провадить міськздоровінспектор або райздоровінспектор того міста або району, на терені якого розташована установа, в порядкові конкурсу.

VII. Психіятричні лікарні

35. Заміщення лікарських посад в психіятричних лікарнях та лепрозорії провадить головний лікар з наступним затвердженням НКОЗ.

VIII. Лікарні бупрів

36. Заміщення лікарських посад в лікарнях бупрів провадить конкурсова комісія відповідної міськздоровінспектури, крім посад головлікарів бупрів Харкова, Києва, Одеси та Дніпропетровського.

Цих головлікарів призначає НКОЗ, погоджуючи справу з НКВнусправ.

IX. Судово-медична організація

36. Заміщення посад судових медиків провадить міськздоровінспектура або райздоровінспектура, а затверджує сектор кадрів НКОЗУ спільно з Гол. суд. мед. інспектором НКОЗУ.

37. Заміщення посад по курортах УКУ провадиться через конкурсну комісію відповідного курорту в складі голови — Зав. курорту та членів — зав. установи, куди провадиться конкурс та представника МСТ.

Завідателів відділків та консультантів затверджує УКУ.

X. Транспортові установи

38. Заміщення посад завідателів установ проводиться в порядкові адміністративного призначення медсануправи транспорту, причому за розсудом Медсанупру на ці посади може оголошуватись конкурс.

39. Решта лікарських посад на транспорті, крім завідателів, заміщується через транспортові конкурсові комісії медсанупру в складі: голови — начальника Медсанупру та членів — інспектора відповідної частини МСУ, завідателя установи та зав. відділку ку и оголошено консурса та представника спілки Медсантруд.

Конкурсова комісія транспорту керується тими пактами, що їх встановлено для Конкурсової комісії міста пп. 25—31 цього положення.

Примітка: Лікарів пароплавів призначає Водсанупр Чорного моря в порядкові адміністративного призначення.

XI. Інтернатура

40. Заміщення посад інтернів згідно з окремим положенням НКОЗ про інтернатуру провадиться через конкурсову комісію інституту удосконалення в складі: голова — директор інституту або його заступник та членів — представника НКОЗ, або особи, що його НКОЗ уповноважив, представника ін-ту, куди обирається інтерн. і завідувач відділку цього ін-ту, представника МСТ. Затверджує обраних кандидатів сектор кадрів, куди подаються після конкурсу всі матеріяли.

Зарахування до місцевої інтернатури коштами міськрад, РВК, МСУ на транспорті провадять: в містах — міські конкурсові комісії (п. 25), на транспорті — конк. комісії МСУ п. 39), в районах — комісія в складі райздоровінспектора, зав. установи, де провадиться інтернатура та представника Медсантруда.

XII. Аспірантура

41. Заміщення аспірантських посад, в межах встановленого НКОЗ контингенту провадить місцева аспірантська комісія в складі: голови — уповноваженого в справах аспірантури — директора мединституту, або його заступника, представників партійної та профспілкової організації, директора інституту, куди обирається аспірант, та двох представників наукових робітників відповідних катедр або відділків, причому один із цих представників — завідувач катедр або відділку, кди обирається аспірант.

Постанови місцевих аспірантських комісій затверджує Центр. Аспірантська Комісія НКОЗ в складі: голови — керівника сектору кадрів та членів — керівника сектору науки, представника ВУК МСТ та секретаря — ст. інспектора кадрів.

XIII. Заміщення посад в районах

42. Заміщення лікарських посад в сільських та фаб. зав. місцевостях поза містами провадить райвиконком через райздоровінспектора, який реєструє у себе ввесь персонал, в тому числі й безробітних та подає періодично відомості про вільні посади до НКОЗ.

Примітка: Заміщення лікарських посад в містах, що підпорядковані райвиконкомам, провадить інспектор охорони здоров'я відповідної міської ради.

43. Заміщуючи посади в районі, переводячи з одної посади на іншу, райздоровінспектор керується даними атестацій лікарів, що він повинен провадити згідно з окремим положенням НКОЗ про атестацію.

XIV. Призначення на посади лікарів, що обов'язані відслуговуванням

44. Всі лікарі, що їх напрямлюється на роботу для обов'язкового відслуговування після закінчення курсів, інтернатури, ординатури, аспірантури, а також молодих лікарів після закінчення курсу, а також лікарів, що їх НКОЗ мобілізував в порядкові перекидання з міст, призначаються на посади, куди їх надіслано без конкурсу в порядкові адміністративного призначення.

Документи (дипломи свідоцтва про закінчення курсів, трудсписки) лікарів, що їх напрямлено для відслуговування на руки їм не видаються, а пересилаються до міськздоровінспектури або райздоровінспектора, в розпорядження яких їх напрямлено.

XV. Призначення на роботу молодих фахівців (лікарів)

45. Відповідно до постанови НКПраці СРСР № 220 з 12 червня 1930 р. всіх молодих лікарів, що закінчують медвузи, НКОЗ розподіляє на трирічну обов'язкову роботу негайно після закінчення курсу.

46. На підставі даних обліку молодих фахівців та даних про потребу НКОЗ не пізніш, як за місяць до закінчення курсу, розподіляє на роботу молодих фахівців, погоджуючи загальний розподіл з НКПраці. Наряди на роботу сектор кадрів пересилає до відповідного інституту для виконання.

47. Кожний молодий фахівець одержує в ВУЗ'і не пізніш 5 днів зо дня закінчення путьовку на роботу, одночасно одержує місячну відпустку і з пересічного разрахунку майбутньої служби зарплатню за час цієї відпустки від Наркомздоров'я. Крім місячної зарплатні, за відпустку лікарю підчас видачі путьовки сплачується аванс в рахунок компенсації, зв'язаних з переїздом в розмірі не менш 75 карб. при віддалені до 1000 кілометрів.

48. Після приїзду молодого фахівця на роботу він одержує з зарахуванням тих сум, що йому вже виплачено:

а) вартість переїзду,
б) вартість перевозу майна (не більш 800 кілограм)
в) добові за час перебування в дорозі (не менш 2 карб. 50 коп. на день)
г) підйомні розміром $^1/_2$ місячн. зарплатні.
д) заробітню платню за час зі дня видання путьовки до дня зазначеного в путьовці для прибуття на роботу.

49). Диплом про закінчення ВИШ'у, а також трудсписки, що їх складають медінститути для кожного молодого фахівця, все медінститути пересилають по місцю призначення лікаря. Приймати будь-якого молодого фахівця без путьовки НКОЗ категорично забороняється.

XVI. Компенсації при призначеннях лікарів

50. Медперсоналу, призначеному на роботу, зв'язану з переїздом з місця постійного перебування на віддалені більш 35 кілом виплачуються підйомні розміром місячної ставки за новою посадою та вартість переїзду його та членів родини. Компенсації молодим фахівцям, що їх направлено після закінчення ВИШ'у, виплачується згідно з п. п. 47 та 48.

XVII. Перевід лікарів з одної посади на іншу

51. Перевід лікаря в межах даного міста або району переводиться розпорядженням міськздоровінспектора або райздоровінспектора за взаємною згодою лікаря з органом охорони здоров'я.

В містах перевід в порядку адміністративного розпорядження провадиться лише на однакові посади, наприклад, ординаторські. Перевід ординатора на асистентську посаду провадиться в порядкові конкурса.

52 В разі бажання перейти на роботу до іншого району або міста, лікар, не зобов'язаний відслуговуванням, повинен мати згоду райздоровінспектора або міськздоровінспектора на ухід, про що робиться відповідна помітка в трудовому спискові, а також згоду органу охорони здоров'я за новим місцеперебуванням на прийом на роботу. Лікарі, що їх направлено на роботу в порядкові відслуговування (після інтернатури, аспірантури курсів), молоді фахівці повинні мати, крім листовної згоди райздоровінспектора або міськздоровінспектора, також дозвіл сектору кадрів НКОЗУ. Приймати на роботу лікарів, що переходять з інших місцевостей без дозволу міськ. або райздоровінспекторів та НКОЗ для вищенаведених категорій лікарів — заборонено. Дипломи на руку не видаються, а пересилаються на місце нового призначення і до одержання цього призначення залишаються в міськздоровінспектурі або райздоровінспектурі.

XVIII. Звільнення з посади.

53. Лікар в разі виявленої нездатности, службових зловживань, недбайливости, звільняється з посади розпорядженням того органу, що його призначив. Про всі такі випадки одночасно сповіщається НКОЗ з докладним повідомленням мотивів звільнення. В разі потреби НКОЗ має право припинити звільнення до розслідування справи. Лікарі, що обов'язані відслуговуванням, відкомандировуються в розпорядження НКОЗ.

XIX. Призначення середнього медперсоналу.

54. Призначення та звільнення середнього медперсоналу (лікпомів, акушорок, фельдшериць-акушорок, сестер медичних, патронажних та сестер інших категорій, лябораитів (без вищої освіти), рентгенлябораитів та рентгенотехників, віспощепіїв провадять безпосередньо завідувач мед. сан. установи. Приймаючи на роботу середній медперсонал, завідувач установи вимагає подання відповідного свідоцтва на медичну кваліфікацію, яке залишається в установі на ввесь час роботи

55. Призначення на посаду середнього медперсоналу після закінчення середнього — медичних технікумів на обов'язкову трирічну службу провадиться в порядку розверстки, що дає НКОЗ для кожного технікуму окремо, на підставі заявок міськздоровінспектур та райздоровінспекторів. Прийом на посаду середнього медперсоналу, що закінчив технікуми та має путьовки НКОЗ, що видав технікум — є обов'язковим. Приймати осіб, що закінчили технікуми, без путьовок НКОЗ заборонено.

Особам, що закінчили технікуми та напрямлені на роботу, видаються всі компенсації, що передбачає постанова НКПраці СРСР з 12 червня 1930 р. № 20 (п. 47 цієї постанови).

56. В разі бажання особи середнього персоналр персоналу перейти з однієї установи до іншої, ця особа повинна одержати згоду завідувача установи, про що зазначається в трудовому спискові. Свідоцтво на медичну кваліфікацію при уході на руки не видається, а пересилається до місця нової роботи.

Середній медперсонал направлений для трирічної роботи після закінчення технікуму для переходу до іншого району або міста повинен мати згоду міськздоровінспектора або райздоровінспектора.

XX. Призначення аптечного персоналу

57. Директорів філій ВАУ призначає директору ВАУ. Співробітників філій ВАУ призначає директор філії.

58. Завідателів госпрозрахункових аптек та зав. магазинів санітарії та сангігієни, призначає директор філії.

Аптечний персоная та співробітників магазинів санітарії та гігієни призначає відповідний зав. аптеки або зав. маг.

59. Завідувачів аптек закритого типу при медсанустановах, а також увесь фармацевтичний персонал цих аптек призначає завідатель установи.

XXI. Призначення завгоспів та рахівничого персоналу.

60, Призначення завгоспів провадить той орган, що призначає завідателя установи. Призначення рахівничого персоналу провадить завідувач установи.

XXII. Призначення молодшого мед. персоналу та господарчо-обслуг. персоналу.

61. Призначення та звільнення молодшого мед. персоналу (санітари, сидухи, доглядачі тощо) та господарчо-обслуг. персоналу (двірники, стайниці, слюсарі. тощо) провадить завідатель установи або особа, що їй зав. установи це доручив. Запрошення провадиться через органи праці, а в разі відсутности таких—поза них.

За Наркомздоров'я УСРР Хармандар'ян

Керівник сектору кадрів Кужнір

246. Про медсандогляд шкіл

До всіх райздоровінспекторів, і секцій охорони здоров'я міськрад; до всіх МСУ

(Окремо не надіслано)

До Наркомздоров'я щоденно надходять відомості з місць про те, що в багатьох місцях, особливо в районах, справа медико-санітарного догляду установ наросвіти—(шкіл) перебуває в кепському стані.

Лише у великих центрах є організація охорони здоров'я дітей що забезпечує догляд останніх, а в районах здебільша крім 2-3 або 1 шкільно-санітарного лікаря, нікого немає, і вся мережа дитустанов зовсім позбавлена будьякого догляду.

Медико-санітарний сектор вважає такий стан зовсім за неприпустимий.

В зв'язку з введенням загального початкового навчання, політехнізацією школи, заходи оздоровлення дитинства набувають найважливішого значення й вимагають серйозної уваги.

Якщо неможливо забезпечити райони достатньою кількістю шкільно-санітарних лікарів (відсутність штатів), справа охорони здоров'я дітей на місцях повинна бути справою всієї медико-санітарної організації, і в цій роботі повинні брати участь і санітарний лікар, і лікарі консультації, а також і всі участкові лікарі, обслуговуючи школи в місці розташування участку.

Наркомздоров'я пропонує по одержанні цього конкретно розподілити школи району між лікарями району, поклавши на шкільно-санітарного лікаря, крім обслуговування 2-3 шкіл, загальне керування всією роботою.

Заст. Наркомздоров'я—кер. медсансектору—**Кустолян**

Інспектор ОЗД — **Зетлер**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 332-10 з 19 листопада 1930 р.)

247. Про боротьбу з антисанітарним зберіганням та заготівлею харчових продуктів.

До всіх райздоровінспектур, секцій охорони здоров'я міськрад, всіх медсанупрів, НКОЗУ АМСРР.—

Додаючи до цього копію обіжного розпорядження Наркомюста від 31 серпня 1930 р. про боротьбу з антисанітарним хороненням та заготівлею харчових продуктів, (оголошено в бюлетені Наркомюста від 8.X-30 р. № 12), Наркомздоров'я пропонує ставити питання перед судовими й адміністративними органами на місцях, щоб було прискорено розслід справи щодо зламання санітарно-харчових правил, а також розгляду їх в по казовому порядкові.

В разі, коли від судових та адміноргапів відмічатиметься недбале ставлення до цієї справи, негайно повідомте докладно конкретні факти такого недбалого ставлення, а саме: надзвичайно довге переведення слідства, затримання розгляду справи, слабкий вплив, який не відповідає ступеню соціяльної небезпеки тощо. — НКОЗ вживатиме потрібних заходів боротьби з цими явищами через генерального прокурора Республіки.

Наркомздоров'я — **Канторович**

Керівник сектора науки — **Ліфшиць**

(Об. розп. НКОЗ ч. 432-10 з 14 листопада 1930 р.)

За останній час в різних місцях Республіки були випадки захворування на отруїння від забруднених харчових продуктів.

Щоб запобігти таким явищам, НКЮ пропонує:

1) Органи юстиції, а зокрема органи, що здійснюють функції кримінального переслідування, зобов'язані всіляко допомагати органам санітарного нагляду в їхній роботі.

2) У всіх випадках явно неприпустимого антисанітарного хоронення й заготівлі харчових продуктів притягати винних до кримінальної відповідальности, залежно від обставин конкретної справи;

3) Прокуратурі підсилити нагляд за газетними нотатками, які наводять факти антисанітарного хоронення и заготівлі продуктів. Розслідування в таких справах доручати агентам санітарної інспекції;

4) До боротьби з антисанітарним хороненням та заготівлею харчових продуктів притягати громадський актив, що бере участь у роботі органів юстиції.—

Т. в. о. Народнього Комісара юстиції УСРР та Ген. прокурора Республіки—**А. Приходько**

Харків. 31 серпня 1930 р.

248. Про посилення та раціоналізацію сандогляду молошних ферм

До всіх райздоровінспектур, до секції охорони здоров'я міськрад, до всіх медсанупрів. Копія НКОЗ АМСРР

Обслідуванням низки молошних ферм, за відомостями з місць та преси, констатовано, шо молошні ферми в більшій своїй частині перебувають у тяжкому стані, а саме:

а) санітарний стан подвір'я та виробничих приміщень ферми незадовольняючий;

б) доїння корів переводиться не у відповідно влаштованих помешканнях, а на відкритому повітрі або хлівах;

в) доярки не міють рук, не мають спецодягу, не проходять медогляду і часто-густо не мають потрібної підготовки;

г) бракує потрібних гігієнічних помешкань для розливу і хоронення молока;

д) в незадовільнему стані є часто-густо й транспорт для перевозки молока тощо.

Нами також відмічено, що медико-санітарні робітники на місцях не надають цій дуже важливій частині харчової промисловости потрібної уваги; санітарні лікарі місяцями, а подекуди і по року не одвідують молошних ферм.

НКОЗУ, звертаючи вашу увагу, що правильне постачання населення здоровим молоком набуває тепер величезного значення, зокрема, в зв'язку з можливістю вибухів черевного тифу, вважає таке явище за неприпустиме і пропонує таке:

1) Здійснювати систематичний санітарний догляд молошних ферм, які одвідувати не рідше, як 1 раз на місяць та перевіряти стан транспортування молока;

2) вжити рішучих заходів впливу щодо значного поліпшення санітарного стану молошних ферм, особливо виробничих помешкань і постійного утримання їх в задовольняючому санітарно-гігієнічному стані;

3) вимагати від адміністрації, щоб було забезпечено робітників ферм, насамперед доярок спецодягом і милом та переведено їх через медогляд;

4) запропонувати адміністрації повести рішучу боротьбу з мухами вивозити своєчасно з ферм весь гній та бруд і очищати відхідники та сміттьові скриньки, щоденно поливати вапняним або карболовим розчином;

5) слідкувати за тим, щоб нове будівництво й капітальний ремонт, що провадяться в молошних фермах, відповідали потрібним сан.-тех. нормам та затвердженим сантехрадою за належністю проєктам;

6) переводити не рідше одного разу на місяць систематичний ляборатурний контроль якости молока;

7) мати постійний догляд стану інфекційної захворувальности на молошних фермах, особливо, кишкової та забезпечити щеплення проти черевного тифу всіх робітників ферм.

Про вжиті в цьому напрямкові заходи повідомте Наркомздоров'я в місячний термін.

За Наркомздоров'я **Кустелян**

Зав. сектора науки, санкультури й побуту **Ліфшиц**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 432-10 з 14 листопада 1930 р.).

249. Про заочні курси саносвіти

До всіх райздоровінспекторів і секцій охорони здоров'я міськрад Копія до НКОЗУ АМСРР

Вважаючи за потрібне дати змогу робітникам—активістам, що працюють по секціях охорони здоров'я, КОПІІ'а тощо, набувати знання царини охорони здоров'я, не відриваючись від своєї постійної роботи, Народній Комісаріять охорони здоров'я вирішив організувати девятимісячні безплатні заочні курси санітарної освіти.

Підготовну роботу вже закінчено, а тепер стоїть завдання прискорити вербування слухачів.

Вам пропонується із вашого активу негайно виділити не менш, як слухачів — заочників. На кожного слухача треба надіслати нам засвідчену анкету; форма її є в проспекті, що до цього додаємо.

Анкету надсилайте та в усіх питаннях щодо заочних курсів саносвіти звертайтеся на таку адресу: „Харків, буд. Держпрому, Наркомздоров'я, заочним курсам санітарної освіти".

Наркомздоров'я — **Канторовіч**

Керівник сектора науки — **Ліфшіц**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 423-18 з 16 листопада 1930 р.)

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

250. Про спеціяльну та кваліфіковану медичну допомогу застрахованим через лікбюро НКОЗУ

До всіх Райвиконкомів (Р. З. І.), до всіх секцій охорони здоров'я міськрад

(Окремо не надіслано)

У зв'язку з ліквідацією округ на місцях виникає низка непорозумінь про порядок відрядження хворих для спецлікування через лікбюро.

Тому Наркомздоров'я нижче подає детальний порядок прямування хворих.

1. Райони та міста щодо забезпечення їх спеціяльними видами допомоги прикріплені до крайових лікбюро.

До Харківського лікбюра прикріплені всі райони та міста кол. округ Артемівської, Сталінської, Луганської, Маріупільської, Харківської, Запорізької, Мелітопільської та Дніпропетровської.

До Одеського лікбюра райони та міста кол. округ Одеської, Зінов'ївської, Миколаївської, Херсонської та АМСРР.

До Киевського лікбюра — всі райони та міста решти колишніх округах.

2. Спецвиди допомоги через лікбюро надаються для:

а) складної хірургічної або гінекологічної допомоги;

б) операцій очових, вуха, горла, носа;

в) нервових хвороб, що не вимагають фізіотерапевтичного лікування

г) ортопедо-травматологічної допомоги;

д) рентгено-радіо допомоги;

е) протитуберкульозної допомоги;

ж) протезної допомоги;

з) зубопротезної допомоги.

Лікбюро обслуговує лише застрахованих міста та села, інвалідів праці та їх утриманців, персональних пенсіонерів, підопіклих військових категорій громадянської війни, червоних партизан.

3. Хворих інших категорій, крім перелічених хворих, хроніків, особливо неврастеників, енцефалітиків, епілептиків та хворих на травматичний невроз надсилати категорично забороняється.

4. Надсилка хворих провадиться лише в випадках, коли в місцевих лікустановах, або в установах міжрайонових (кол. округові), що до них місця прикріплені, допомоги неможна надати.

5. Надсилка хворих провадиться за путьовками, що їх відповідні лікбюра щомісячно надсилають за розподілом НКОЗ. Путьовки розсилаються по районах до райздоровінспекторів та до секцій охорони здоров'я міськрад, які за висновками ЛКК і надсилають хворих в межах тих можливостей, що їм надано лікбюро. В місцях, де ЛКК немає, висновки даються лікарем, що лікує та голов лікарем відповідної лікувальної установи.

6. Деяка частина районів з незначною кількістю застрахованих путьовок не одержують. Ці райони за потреби надсилки хворих попередньо запитують відповідне лікбюро та надсилають лише після повідомлення та згоди лікбюра.

7. Всяке прямування хворих до лікбюра без путьовок або без попереднього запитування та одержання згоди категорично забороняються.

При прямуванні хворого до путьовки додається історія, хвороби та всі попередні дослідження (рентген та всі аналізи).

8. Лікбюра надають хворим, що прибувають гуртожиток та харчування.

9. Хворі. направлені для спецлікування одержують від місцевого органа інспектура охорони здоров'я літер для проїзду або фактичну ціну проїзного квитка (у твердому вагоні) добові гроші на харчування розміром 1 крб. на день, але не більш, як на дві доби в межах України й в разі потреби на двох візників — до вокзалу або найближчої станції і назад.

10. Хворі, що повертаються назад, одержують від лікбюра або літер, або фактичну ціну проїзного квитка (тверду), харчові гроші в розмірі один крб. на зобу, але не більш, як на 2 доби та на трамвай для проїзду до вокзалу.

Увага: тяжкі хворі, що їх неможна перевозити трамваем, одержують гроші на візників.

11. Якщо хворий за станом свого здоров'я та за постановою ЛКК або відповідних лікустанов напрямується з супровідником, то останній одержує від здоровінспектури та лікбюра все те, що одержує хворий, крім видатків на візника. Теж саме стосується до батьків, що супроводжують хворих дітей.

12. Хворі, що їх направляє лікбюро до окремих лікарів або установ, одержують гроші на проїзд трамваем у випадку віддалення більш ніж 0,5 кілометра; тяжкі хворі одержують незалежно від віддалення гроші на проїзд трамваем, а в разі потреби й візником.

13. Тяжкі хворі, що не можуть рухатись, одержують, крім того, гроші від здоровінспектури та лікбюра на носіїв, від кожної залежно від потреби.

14. Хворі, що їх за відсутністю місць неможна вмістити до гуртожитку одержують щоденно на кватирю — в Харкові 3 крб., в Києві та Одесі — 2 крб., а на харчі в усіх лікбюрах по 1 крб., а на провідника 1 крб. на кватирю та 1 крб. на харчі в усіх лікбюрах.

Увага. За відмови хворого перебувати в гуртожитку, він одержує лише на харчі.

15. Лікбюра на підставі відповідних висновків консультантів та ЛКК повертають хворих до дому, якщо перебування їх в відповідному місці не потрібно.

16. Крайлікбюра повинні щотижня переводити контроль над хворими що одержують лікування для вчасної виписки їх.

17. Прямування хворих до Київського та Одеського лікбюр провадиться в усіх випадках без винятку та на всіх фахах лише за путьовками.

До Харківського лікбюра хворі надсилаються також за путьовками за винятком хворих, які прямуються для ортопедично-травматологічної допомоги, хворих, що потрібують лікування в рентген-радіоінституті, які прямуються, так для стаціонарного, як і амбуляторного лікування без путьовок, але після попереднього запитання лікбюра та його повідомлення про надсилку.

До попереднього запитання треба додавати історію хвороби та відомості про соціяльний стан хворого.

Увага: потерпілих від нещасних випадків за наявності свіжих відкритих і закритих переломів, коли кваліфіковану меддопомогу неможна надати на місці, особливо за випадків на виробництві, рудницькі та заводські лікарні, а також інші лікувалеві установи негайно після нещасного випадку надсилають потерпілих безпосередньо до Харківського інституту Ортопедії та Травматології без попереднього запитання, проте, з одночасним телеграфним повідомленням до інституту про надсілання хворого.

18. Хворі на туберкульозу прямуються до Харк. Тубінституту через лікбюро лише в межах наданої їм броні в Тубінституті. Разом з хворим обов'язково надсилається історія хвороби разом зі всіма дослідженнями (аналізами).

19. Хворих на алькоголізм надсилати для лікування через лікбюро забороняється.

20. Хворим на дефекти мови (заїкання) лікбюро надає лише амбуляторне лікування, але гуртожитком, харчуванням, добовими та проїздними грішми хворих не забезпечує. Тому забезпечення цих хворих повинно провадитись інспектурою по місцю їх мешкання.

21. Зубпротезну допомогу лікбюро надається виключно в складних випадках, що ні в якому разі неможна надати на місці, або в міжрайоновій зубпротезній лябораторії.

В усіх випадках потрібного зубо-протезування необхідно запитувати лікбюро.

22. Надсилка хворих для протезування (анатомічні та лікувальні протези) провадиться виключно до Харкова та Київа за спеціяльним розподілом протезної броні по районах.

23. В разі потреби надсилати хворих для лікування до Москви та Ленінграда райздоровінспектори та секції охорони здоров'я прямують їх безпосередньо за свій рахунок, запитуючи попередньо відповідні лікустанови.

24. Надсилаючи хворих до відповідних лікбюр, інспектори охорони здоров'я повинні суворо додержувати клясовий принцип.

Із загальної кількости хворих, що прямуються, 80% повинно припадати на робітників від варстату, наймитів та сільс.-госп робітників. Решту напрямляється лише в випадках, що вимагають екстреної допомоги Утриманці надсилаються після задоволення потреб самих працюючих.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Керівник Лікпрофгрупи **Сиротенко**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 218-ЛП з 25 листопада 1930 р.).

251. Про порядок відрядження селян на спецлікування до великих центрів (Києва, Харкова та Одеси)

До всіх райздоровінспекторів, до всіх секцій охорони здоров'я міськрад

(Окремо не надіслано)

У зв'язку з непорозуміннями, що виникають з приводу відрядження селян на спецлікування, надсилається з цим порядок відрядження, що Ви повинні його суворо додержувати.

1. Райони кол. округ прикріплюються до центрів Харкова, Одеси й Києва за таким розподілом: до Харкова — райони кол. округ Артемівської, Сталінської, Луганської, Маріупольської, Харківської, Запорізької, Мелітопільської та Дніпропетрівської. До Одеси — райони кол. округ Одеської, Зінов'ївської, Миколаївської, Херсонської та АМСРР. До Києва — райони решти кол. округ.

2. Відряджати селян на спецлікування припускається лише за виключних випадків, лише коли потрібного лікування неможна надати на місці, в міжрайоновій поліклініці або лікарні. Висновок про необхідність напрямування хорого селянина до центру дає виключно міжрайоноза поліклініка.

3. Напрямлення хворих селян до відповідного центру припускається лише після попереднім запитування (за наявности висновку міжрайонової поліклініки) в Харкові—селянського розподільника в Одесі й Києві—крайового лікбюра й лише одержавши відповіді, — можна надсилати хворого.

4. При попередньому запитанні про можливість відрядження хворого на спецлікування треба додати історію хвороби, всі дослідження, що хворому було зроблено, діягнози та дані про соціяльний стан хворого.

5. Хворого, що потрібує амбуляторного лікування, треба попереджувати про те, що ні добових, ні гуртожитка підчас лікування йому не буде надано й про згоду хворого на ці умови зазначити в його документах.

6. При відрядженні хворих селян на спецлікування необхідно суворо додержуватися клясового принципу, надаючи перевагу при відрядженні колективізован, селянству та наймитсько бідняцьким шарам.

Наркомздоров'я **Канторович**

Керів. лікпрофгрупи **Сиротенко**

(Об. розп. НКОЗУч. 219 — ЛП з 24 листопада 1930 р.).

252. Як розподіляються місця санаторно-курортної допомоги

До всіх райвиконкомів та міськрад. Копія НКОЗ АМСРР

Останнім часом спостерігається багато звертань до НКОЗ в справі надання санаторно-курортної допомоги хворим.

НКОЗ роз'яснює, що він розподіляє тільки місця в Харківському туберкульозному інститут (для застрахованих та селян) та в санаторіях „Пуща-Водиця" в Києві. Цей розподіл на окремий квартал та на 1931 рік вже зроблено, й райони, яким відведено місця в цих установах, про це повідомлено. Якщо райони не одержали цих повідомлень, це означає, що їх до розподілу на цей раз не внесено.

Місця в інших санаторіях і на курортах закупають в Курортному Управлінні НКОЗ в Харкові, а місця в інститутах — в самих інститутах—

для застрахованих райстрахкаси, які вже розподіляють поміж профспілок. Для селян ці місця закуповують безпосередньо РВК за асигнуваннями місцевого бюджету з кошторису охорони здоров'я. Місця для лікування селян в санаторіях та на курортах 1931 року за рахунок державних коштів Українське Курортне Управління вкупі з ЦКНС вже розподілило. Цей розподіл надіслано до відповідних РайКНС.

Наркомздоров'я **Канторович**

(Сб. розп. НКОЗУ ч. 217 — ЛП з 21 листопада 1930 р.).

ОХМАТДИТ

253. Про передачу дітей старше 4 років до установ НКО*)

До всіх інспектур наросвіти, до всіх інспекторів охорони здоров'я та правлінь ДД

(Окремо не надіслано)

Для врегулювання справи патронування безпритульних дітей, що досягли дворічного віку і були у віданні органів НКОЗ, Наркомос та Наркомздоров'я встановлюють надалі такий порядок:

1. Передача до відання органів Наросвіти патронованих дітей, старших за 4 роки, що є у віданні органів НКОЗ, переводиться один раз на рік, в жовтні місяці, після затвердження округового бюджету;
2. Передача до відання органів цих патронованих дітей не веде за собою зміни патронів: діти залишаються в тих самих патронів, у яких вони й були, але угоду з патронами складають НКО;
3. В разі відмовлення патронів на поновлення угод, органи НКО мусять підшукати нових патронів;
4. Органи НКОЗ повинні зберегти в селах, де патроновано цих дітей за свої кошти весь медперсонал, що обслуговував цих дітей і ні в якому разі не припускати зменшення медичного догляду їх.
5. Догляд цих патронованих дітей покладається на органи НКО, а перевірка на осередки ДД.

Заст. Наркома Освіти **Полоцький**

Заст. НКОЗ **Кустеляи**

Голова ЦП ДД **Незовибатько.**

(Об. розп. НКОЗ'у та НКО з 19 травня 1930 р. Ч. 35-3).

254. Про порядок витрачання коштів фонду допомоги матери-селянці на 1931 р.

(Виданий на зміну інструкції від 22- 1939 р. та в допов. обіжн. НКОЗ та НКСоцзаб. від 2-II 1930 р. № 94)

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів та райінспектур охорони здоров'я. Копія до НКОЗ АМСРР.

Щоб забезпечити доцільне витрачання коштів і реальність допомоги нужденій селянці підчас вагітности та пологів,— Центральна Комісія селянської взаємодопомоги і Народній Комісаріят Охорони Здоров'я встмновлюють на 1931 р. такий порядок витрачання коштів з фонду матери-селянки.

*) Друкуємо вдруге (див. бюл. 10) це розпорядження, зважаючи на те, що на місцях його недосить розповсюджено.

А) З фонду, що його утворюють СТВ, кошти витрачаються переважно на потреби матери-селянки.

1. З цього фонду допомога надається на потреби, що їх визначено в постанові ВУЦВК'у й РНК, а саме:

а) на поліпшення харчування матері й дитини;

б) на переїзд до лікарні, або за лікарем (акушеркою) в зв'язку з налогами в розмір „дійсної" вартости витрат;

в) на найом потрібної для господарства робочої сили для польових та городніх робіт, коли зазначені роботи припадають на останні місяці вагітности, підчас пологів або на перші 2 місяці після пологів, а також на час хвороби в наслідок пологів або аборту;

г) на придбання для дитини речей: сорочки, простирала, тощо.

2. Допомога з фонду матери-селянки видається на зазначені в п. п. а, в, г, д витрати пересічно розміром 10 крб.

3. В місцях, де є кооперативні організації,— допомога з фонду матери-селянки видається натурою через відповідні кооперативні організації, але вартість речей не повинна перевищувати 10 крб.

Увага: натурою видаються такі речі: простирала, укривала, сорочки, пелюшки або матеріял на пелюшки, крупи, цукор, масло тощо.

4. Ураховуючи надзвичайну недостатність пологодопомоги на селі, настирливу потребу розвинення цього виду меддопомоги такими темпами, що асигнування від місцевого бюджету не забезпечують, вважати за потрібне, щоби з фонду матери-селянки на влаштування пологових ліжок при сільських амбуляторіях та медучастках.

а) Селянські товариства взаємодопомоги переказують ці гроші до райінспектури охорони здоров'я. Остання, порозумівшись з РайСТВ, розподіляє ці кошти на влаштування та поширення пологових ліжок на селі, причому кількість ліжок та їх дисклокацією встановлює Райздоровінспектура.

Увага: Пологові ліжки в першу чергу улаштовується в колгоснах та селах, що їх преміювано за успішне переведення соцзмагання та ударництва, або ведущих перед у виконанні поточних політичних або господарських завдань.

б) Кошти, що їх відраховано з фонду матери-селянці ну організацію пологодопомоги, витрачаються виключно на влаштування нових або на поширення та дообладнання старих пологових ліжок на селі. Уримуються ці лікустанови за бюджетами Райздоровінспектур.

В) З фонду матери-колгоспниці, що утворюється при касах взаємодопомоги колективізованого селянства.

1. Кошти витрачаються переважно на організацію масової допомоги матері-колгоспниці,

2. Допомога матері-колгоспниці з фонду видається за випадків:

а) непрацездатности, що зв'язана з вагітністю та пологами, абортами, на найом робітниці, тощо;

б) на поліпшення харчування матері й дитині;

в) на придбання речей для дитини (сорочки, пелюшки, простирадла, тощо).

3. Допомога, як правило, видається одноразова розміном пересічно 15 карб.

Увага: зазначена в п. „б" і „в" допомога видається натурою через відповідні кооперативні організації, але вартістю не більше 15 карб.

4. З усіх коштів фонду матері-колгоспниці відраховується 25% на влаштування пологових ліжок при сільських амбуляторіях та медучастках. Ці кошти переказуються райздоровінспектурі, яка за погодженням з з Райінспектором соцзабезу розподіляє ці кошти на влаштування та поширення пологових ліжок на селі, причому кількість ліжок та їх дислокацію встановлює райздоровінспектура.

Кошти, що їх відраховано з фонду допомоги матері-колгоспниці на організацію пологодопомоги, витрачаються виключно на влаштування нових або поширення та доустаткування пологових ліжок на селі. Утримання цих лікустанов повинно йти за кошторисом райздоровінспектури по лінії місцевого бюджету.

Про діяльність СТВ і кас взаємодопомоги колгоспів в справі утворення фондів і забезпечення селянки райінспектури соцзабезу та охорони здоров'я, за належністю інформують ЦК СТВ та НКОЗ щоквартально.

Народній Комісар Соціяльного Забезпечення УСРР **Покорний**

Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР **Канторовіч**.

(Об. лист НКОЗ і НКЗС ч. 329—13 з 25 листопада 1930 р.).

255. Про видачу натурою речей для новонароджених

До всіх райздоровінспекторів, секцій охор. здоров'я міськрад. Копія до НКОЗ АМСРР

До всіх МСУ

Додаючи копію роспорядження Вукопспілки до робкоопів з 31-X 1930 р. інд. 129310 про видачу натурою речей допомоги після після пологів застрахованим робітникам та службовкам і жінкам робітників та службовців, НКОЗ і Сектор Соцстраху НКП пропонує В/скласти умову з ЦРК про видачу вищезгаданої допомоги, причому в умові треба зазначити так список речей, як і вартість їх. Треба також обумовити порядок видачі допомоги за довідкою консультації охорони материнства й дитинства, порядок розрахунку між страхкасою й ЦРК встановіть на місці. Треба мати на увазі, що вартість набору не може перевищувати тієї грошової суми, яку видає страхкаса, як допомогу на придане дитині.

Про виконання повідомте сектор соцстраху без загаювання.

Заст. Кер. Сектору Соцстраху **Ковалік.**

Заст. НКОЗУ **М. Кустеляи,**

(Лист НКП ч. 602—25 з 27 листопада 1930 р.).

Копія

„ВУКОПСПІЛКА"
Сектор Загот. та Розд.
Пляново-Облік Від.
інд. 129310
Харків, 31-X 1930 р.

До Робкоопу

За постановою Центральної Ради Соцстрахування про переведення постачання підчас пологів натурою та відповідного затвердження його Наркомторгом, Ви маєте видавати допомогу з таких норм:

Допомога після пологів

1. Пелюшки	10 шт.	6. Простирадла	3 шт.
2. Розпашонок	6 „	7. Мила туалет.	1 „
3. Кохточок	3 „	8. „ д/прання	1 к/г.
4. Ковдр байков.	1 „	9. Ценати	1 мтр.
5. „ тканини	1 „	10. Ванночки (залізн. або ночви)	1 шт.

Зазначене маєте видати натурою. Спосіб розрахунку зі страхкасою встановлюється безпосередньо.

Зав. Плян. Облік. Від. **Желябін.**

Економіст-консультант **Косачевський.**

II. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Колегія Наркомздоров'я в медінституті.

Одно з останніх засідань колегії Наркомздоров'я відбулося в медичному інституті. Досить удало складений порядок денний викликав чималий інтерес серед студентів медиків, що заповнили хемічну авдиторію, бажаючи заслухати докладну доповідь про підсумки осіннього прийому до медичних інститутів.

Доповідь тов. Трахтмана—інспектора вищої медосвіти подала, між іншим, такі відомості:

Із наміченого прийому цього року в 1800 студентів на осінь мало прийняти 1200 чол. Проте, цю норму було значно перевищено, і осінній прийом цього року дав 1482 чол. себ-то перевищення на 24%, відкинувши геть всі побоювання, що, мовляв, цього року прийом не пощастить заповнити цілком. Доповідь доводить іще, що досягнено чималих успіхів і щодо соціяльного складу прийнятих до медВИШ'ів.

Ось коротенькі відомості:

Робітники становлять	48%	всіх зарахованих до медінститутів.
Селяни „	25%	„ „ „ „
Службовці „	26,6%	„ „ „ „

Члени партії та ЛКСМУ становлять 37%. Звертає на себе увагу великий відсоток жінок серед прийнятих—а саме 53.1%:

Отже тут справа стоїть непогано. Гірше—із академічною підготовкою: вона була не зовсім незадовільною й навіть підготовні курси, що утворив НКОЗ (наприклад, при Харківському Медінституті), мало допомогли, можливо, через те, що існували дуже недовгий час. На поліпшення цієї справи НКОЗ звертає тепер особливо пильну увагу.

Зовсім незадовільно стоїть покищо справа забезпечення студентства гуртожитками й харчуванням. Лише останнім часом пощастило до деякої міри цю справу налагодити після збудування та обладнання нових або пристосованих гуртожитків. Треба відмітити, що й міські ради використали далеко не всі можливості на поліпшення стану студентства. Громадським харчуванням задовольняється ледве 50—60% студентів, а в Дніпропетровському цей відсоток знижується аж до 28%.

Про те, як стоїть справа забезпечення студентів підручниками, говорять такі цифри: У Києві один підручник припадав на 9 студентів.

Ректор медінституту тов. Ловля, додавши до доповіді деякі подробиці, зняв перед колегією НКОЗУ клопотання про те, щоб негайно було вжито ряд заходів на поліпшення стану студентства. Насамперед гостро стоїть питання харчування студентства (це ствердили в своїх промовах й усі студенти, що виступали на доповідь НКОЗ).

Ось, прикладом, більшість їдалень, навіть славетні „закригі", де повинні харчувати саме студентів, чомусь відкриваються о 8 год., тоді як студентові доводиться вже о 8 год. бути в авдиторії або лябораторії, семінарі тощо. Якість їжі залишає бажати кращого.

Поряд інших недоліків у справі забезпечення студентів, є в них ще одна турбота—це незабезпеченість ясел для дітей і немовлят студенток. Міська рада раптом зняла ясла з свого бюджета, обіцявши виправити цю справу лише в січні наступного року.

Від імени колегії НКОЗ було заявлено, що НКОЗ відпускає потрібні дотації на утримання ясел протягом листопада, а потім і грудня місяця, знімаючи водночас клопотання перед президією міськради про те, щоб утримання ясел наступного року було забезпечено цілком.

Цікаво відзначити, що студенти в своїх промовах віддали багато уваги питанням медосвіти нарівні, або навіть мало не більше, ніж „шкурним" питанням. Чути було голоси про необхідність популяризувати справу медичної освіти серед широких мас, особливо на селі, бо інакше переможе тяга виключно до індустріяльної освіти. Говорили (і дуже до речі) про те, що особливої популяризації потрібує прийом на факультети—охорони материнства й дитинства, а також стоматологічний.

Колегія в своїй постанові констатувала потребу приділити потрібну посилену увагу прийомові весни наступного року, коли до лав студентства буде додано ще кілька сот нових товаришів.

Всі побажання щодо забезпечення студентів харчуванням і культурним відпочинком включено до постанови колегії. Пляновому секторові доручено протягом найближчого часу опрацювати плян будування великого клюбу—їдальні для медиків. Так само буде вжито потрібних заходів на поліпшення справи постачання студентам підручників.

На засіданні був і невдалий, якщо не сказати міцніше, виступ. Лікар Шмар'євіч у своєму слові надумав обстоювати, що студентам треба багато читати та вчитися, а в тім громадська нагрузка цьому нібито заважає. І ось „шановний" доктор дійшов висновку, що треба студентів розвантажити від оцієї нагрузки.

Студенти сказали Шмар'євічеві коротко й виразно: студент—той самий будівник соціялізму, що й решта трудящих, і стояти осторонь величезного будівництва студенти не будуть і нікому не дозволять відстороняти їх. Студенти знають, чого варто навчання, йому віддадуть вони максимум уваги, але не виходячи ані на хвилину поза лави борців за соціялізм, за нове життя".

2. Українська медична енциклопедія

У складі української радянської енциклопедії, складання якої розпочинає Наркомосвіта, за постановою Наркомздоров'я утворюється медична енциклопедія.

Бажаючи якнайширше розвирнути справу видання радянської меденциклопедії, Колегія НКОЗ виділила спеціяльну комісію сприяння цьому виданню.

До складу комісії, на чолі якої поставлено т. Затонську, включено відомих фахівців проф. проф Гейменовіча, Мельнікова-Розведенкова (академіка), Томіліна, Бокаріюса, Ющенка, Фінкельштейна (Баку), лікаря Генеса, члена колегії НКОЗ т. Сиротенка.

Комісія встановила зв'язок із Правлінням укр. рад. енциклопедії.

3. На місцях утворюються медичні бібліотеки

Згідно з наказом Народнього Комісара Охорони Здоров'я тов. Канторовича у день XIII роковин Жовтневої Революції — 7 листопада ц. р., засновано медичні бібліотеки в м. м. Києві, Сталіні та Дніпропетровському. Того самого числа вважається за відкриту Одеську Медичну бібліотеку, що її перейменовується з краєвої на державну.

Знов утворювані держмедбібліотеки за наказом НКОЗ повинні звернути особливу увагу на всі форми постачання книг і бібліографічної консультації медробітникам периферії. Бібліотеки мають також прикласти потрібні зусилля на те, щоб перебудувати відповідно до теперішніх вимог решту медичних бібілотек свого міста й периферії. Наказ вимагає також, щоб бібліотеки якнайбільше налагодили спільне співробітництво з бібліотеками інших фахів.

В основу Київської бібліотеки покладено бібліотеки Київського медичного інституту та інституту удосконалення лікарів.

Дніпропетрівська ДМБ має своєю основою бібліотеку медінституту свого міста Сталінській ДМБ доручається цілковите обслуговування наукового складу Сталінського медінституту, що оце незабаром відкривається.

Щодо студенських бібліотек медінститутів, то ці бібліотеки залишаються в безпосередньому віданні відповідних інститутів.

Бібліотеки наукових інститутів, катедр медінститутів і лікарен буде переглянуто, і книжки, що з них користують п стійно, буде передано до державної медичної бібліотеку

Бюджети ДМБ складається із спеціяльно асигнованих на них сум держбюджети, з коштів місцевого бюджету і тих коштів, що колись були призначені, як видаткові гроші бібліотек медінститутів.

У штаті сектора науки НКОЗ встановлено посаду консультанта бібліотечної мережі НКОЗУ. На цю посаду призначено директора Укр. Державної Мед. Бібліотеки лік. Гельфанда

4. За невиконання доручення НКОЗ сувора догана (із наказу по НКОЗУ з 20 листопада 1930 р.)

За несвоєчазну відповідь та невиконання доручень Центрального Бюра Винахідництва НКОЗУ щодо випробування „Колоїдоля" лік. Ловмані, засобу лікування дизентерії гр. Дмитерко, оголошую сувору догану, з публікацією в місцевій пресі, голов. лікарю. 2 радлікарні тов. Шевченкові та Зав. відділу проф. Брауде.

У Надзвичайній Комісії боротьби з епідеміями

Про санітарний стан Тракторобуду

Надзвичайна Комісія констатувала, що останнім часом управління будівництва послабило увагу до вживання потрібних протиепідемічних заходів, через що на Тракторобуді погіршився санепідстан в багатьох місцях. Серед прибулих робітників, через кволу санобробку розвинулася вошивість, яка загрожує вибухом епідемії. Особливо незадовільний стан мають деякі лазні, де не забезпечно ґрунтовного санітарного оброблення робітників.

Негайні заходи, що їх Н. К. запропонувала провести, полягають у такому:

а) Забезпечення безперебійної роботи лазень, де б водночас ґрунтовно дезінфекувалася білизна тих, що миються.

б) Закінчити розпочате будівництво трьох вошебійок, також збудувати сіркову кімнату.

в) Влаштувати ізолятори для коросливих та трахоматозних хворих.

г) Налагодити асенізаційну справу на Тракторобуді.

На запровадження зазначених та багатьох інших заходів Н. К. визначила певний досить короткий час.

Про санітарний стан Риківського району

Надзвичайна Комісія констатувала насамперед кволу роботу місцевої комісії боротьби з епідеміями, що згорнула свою роботу в сезоні розвитку кишкових інфекцій.

Райвиконком ставиться весь час формально-байдуже до питань проти епідемій та щодо поліпшення санітарного стану міста та копалень.

Н. К. ухвалила повідомити про це президію ВУЦВК. Відмічено також неприпустимий санітарний стан, в якому перебуває інфекційний відділок Риківської лікарні, де не здійснюють правил ізоляції ріжних видів інфекцій.

Райздоровінспекторові категорично запропоновано протягом короткого часу домогтися поліпшення стану, вплинувши рішуче на госпоргани, що згідно не виконують постанов уряду щодо боротьби з епидеміями, зокрема в справі збудування санітарно-ізоляційного пункту. У разі дальшої затримки цієї справи НК запропонувала притягти винних до суду.

6. Нарада епідеміологічної секції вченої медради НКОЗ.

Питання щодо термінів ізоляції шкарлятинозних хворих—питання надто серйозне, що в справі так цілковитого обслуговування цих хворих, як особливо в розумінні, правильного ліжкообігу (у звязку із чималим дефіцитом інфекційних ліжок) докладно обговорила остання нарада епідсекції В. М. Р.

Питання доповідали лікарі Гандельсман і Гринберг, які навели багато даних, що на місцях подекуди зменшують терміни ізоляції шкарлятинозних, хоч про це є постанови декількох авторитетних з'їздів та окремих нарад (1928 р. з'їзд у Кенігсберзі вирішив не змінювати встановленого для ізоляції шоститижневого терміну, що в практиці санітарно-епідеміологічної роботи себе виправдував.

Якщо можна говорити про зміни терміну ізоляції залежно від результатів бактеріологічного дослідження на наявність стрептококів, у зіві видужуючих (цьому приділяють чимало уваги в літературі), то це треба щільно пов'язати з суперечками в справі того, чи дійсно відограє гемолітичний стрептокок будьяку виняткову ролю в етіології шкарлятини. Це питання надзвичайно багато обговорюється в колах санітарних лікарів на з'їздах тощо.

Фахівці проф. Громашевський, лікарі Цехновіцер, Соболів, Афанас'єв, Мельнік та інш. всі одностайно висловилися за те, що на цей день немає твердих наукових підстав припускати скорочення термінів ізоляції шкарлятинозних хворих, покладаючи остаточне вирішення на висновки бактеріологічного дослідження (на стрептокок).

Отже на нараді висловлювались, що намагання збільшити обіг інфекційних ліжок коштом зменшення строку ізоляції наукових безпідставні, не виправдуючи себе також з поглядів практичної епідеміології. На такі випадки свіжі реконвалесценти (що щойно видужали), повертаючись до родини, гуртожитку, школи тощо можуть легко стати за повторне джерело інфекції для тих, що їх оточують.

Інші промовці висловлювались ще в тому розумінні, що посилений попит на інфекційні ліжка треба задовольнити, вишукавши кошти й засоби розширювати ліжкову мережу, а незменшуванням терміну ізоляції.

Отже, висловившись за те, щоб терміни ізоляції не зменшувати, нарада все ж таки вирішила, щоб на певній дільниці під контролею санітарно-бактеріологічних інститутів було влаштовано наукові дослідження.

Про це порушено клопотання перед НКОЗ.

Нарада обговорила також виробничий плян виготовлення сироваток і вакцин на наступний рік. Справу визнано за першорядну, зважаючи на потребу всіляко збільшувати маштаб і кількість профілактичних щеплень, заходів серотерапії тощо.

Відповідно до запроектування 1 міл. щеплень проти шкарлятини та $1^1/_2$ міл. проти обкладу розроблено виробничий плян виготовлення сироваток, за яким треба забезпечити кількість щепільного матеріялу з такого розрахунку: шкарлятинозної вакцини на 1 міл. щеплень, антидифтерійної сумішки на 800 тис. щеплень, решту щеплень проти дифтерії провадитимуть анатоксином (разом 200 тисяч).

Плян передбачає також відповідні сумішки для 500 тисяч імунізаційних щеплень водночас проти шкарлятини та обкладу:

Згадана кількість щеплень має охопити своєчасною серотерапією не менше 30% хворих (якщо урахувати 50% шпиталізації на селі та 80% у місті).

На нараді, мабуть зазначили, що наступна платність відпуску бакпрепаратів сприятиме вижиManню таких небажаних і прикрих моментів, як недбайливе поводження з препаратами; платність викличе звичайно посилення обліку витрачання препаратів (бо за колишнього безплатного відпуску дехто легковажно вважав за можливе витрачати бакпрепарати безконтрольно).

7. Утворено Науково-Консультаційне Бюро при Інституті Харчування

Для задоволення численних запитань в галузі харчування, що виникають на місцях і потрібують науково-практичної консультації, при Інституті Харчування (м. Харків) утворюється Науково-Консультативне Бюро.

Завданням Бюра є зв'язок зі всіма периферійними, науковими й практичними робітниками (кухарі, адміністратори та інш.), а також з різними відомствами, що працюють в галузі харчування та харчової промисловости.

До складу Бюра входять видатні українські фахівці в галузі харчування, як то: академ. Паладін, проф. Суліма-Самойло, Красуський, Андреєв, Мюллер, Коган-Ясний, Фольбарт, Яковенко, Ліфшиць, Бордаков, Томілін, Цуверкалов, Вінокуров; інженери Розанов. Соломонов та інш.

Бюро дає висновки в питаннях організації харчування громадського, фабрик-кухонь та Їдалень, опрацьовує норми, раціони та способи виготовлення різних страв тощо.

Бюро приймає від всіх установ та громадян пропозиції про нові харчові рослинні культури, засоби раціоналізації громадського харчування та інш.

Адреса Бюра: Харків, Пушкінська вул. 53, Соціяльно-Гігієпічний відділ Всеукраїнського Інституту Харчування, куди і належить надсилати всю кореспонденцію. На чолі Бюра — проф. Коган-Ясний.

8. Про першочергове виготовлення білизни, халатів та господарських річей для лікустанов

За пропозицією НКЗдоров'я Наркомсозабез запропонував усім міським т-вам допомоги виконувати замовлення органів охорони здоров'я на пошивку білизни, халатів тощо першочергово (з контингентів текстильного краму НКСЗ).

Органи НКОЗУ і собі теж, одержавши контингенти текстильного краму, повинні передавати їх товариствам для швидкого виконання. (Лист. НКСЗ з 1 листопада цього року, ч. 1-А).

III. Об'яви

1. Конкурс

Харківський Медичний Інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:
1) Одного штатного асистента катедри психіятрії.
2) Одного штатного асистента катедри гістології.
3) Двох поверхштатних асистентів катедри пато-фізіології.
4) Двох поверхштатних асистентів факульт. терапевт. клініки.
5) Одного поверхштатного асистента катедри психіятрії.
6) Двох поверхштатних ординаторів катедри фак. терапевтич. клініки.

Термін конкурсу до 25 грудня 1930 р.

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі треба надіслати до мединституту вул. К. Лібкнехта 41.

До заяви треба додати короткий життєпис, наукові роботи, відповідні документи про працю та громадську роботу та анкету.

Анкету можна одержати в мединституті.

Знання укрмови обов'язкове.

2. Виключаються із списка дезертирів

1. Лікар Нестеровський О. О., бо за дозволом Наркомздоров'я він працює в Хорольському районі (кол. Лубенської округи).

2. Лікар Вітенштейн, яку мобкомісія на підставі поданих нею документів звільнила від мобілізації.

3. Лікар Корчмарський, який за поданими відомостями не залишив свавільно малярстанцію Георгіївську, а був переведений за розпорядженням Укр. Протозойного інституту до Кадіївської малярійної станції.

3. Розшукується

Лікар Косовіч Павло Кузміч. Про місце перебування цього лікаря НКОЗ просить повідомити за адресою: Харків, Будинок Держпрому, Наркомздоров'я сектор кадрів.

ВІД ОДЕСЬКОГО ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ІНСТИТУТУ

В інституті можна тепер орендувати ліжка для хворих а саме на легеневий tbc для дітей (є 25 ліжок), теж для дорослих (є 40 ліжок), на кістковий для дорослих (є 15 ліжок).

Вартість ліжка — 155 карб. на місяць. Звернутися безпосередньо до Одеського Туб. Інституту Одеса.

ЦІНА 20 КОП.

5. Про тих, що свавільно кинули свою роботу

№№	Прізвище та посада	Де працював	Примітка
1	Кузменко — зав. медамбулят.	С. Лученки Солов'янс. р.	
2	Севцова — лікпом	Ново-Спаська лікарня	
3	Галах — „	(кол. Бердянська округа)	
4	Сігал — райздоров-інспектор	Бериславськ р.	
5	Євтушенко — амб. лікар	Вергунівська амбулаторія, Черкаськ. р.	
6	Хитрина — фармацевт	м. Олевськ. Аптека № 4	Закінч. Київськ. фармтехнікум
7	Медвід — фармацевт	Аптека № 5 в Лозової-Павловці	Закінч. Вінницьк. фармтехнікум
8	Серебреніков — лік. лікарні	Краснолучськ. р. Боківська лікарня	
9	Єлізон — окуліст	Черкаський р-н	Виїхав до м. Дніпропетровська
10	Сайкова	Краснолуч. р-н	Виїхали до Харкова
11	Троїцький		
12	Каган — амб. лікар	Кривинська амб., Славутськ. р-ну	
13	Бруштейн — одонтолог	Полянська амб., Славутськ, р-ну	Напр. Київськ. Урядов-коміс.
14	Ковальовська Л. П. — лікар лікарні	Вітковська лікарня на Сталінщині	
15	Кравченко	Очаківський р-н, с. Партіно	Вип. 1930 р.
16	Березовська Р. М. — лікар лікарні	Бабанський р-н, Дубівська лікарня	
17	Шевченко Данило Данилович — амб. лікар	Котанська амб. Б-Церк. р-ну	
18	Кобезько — інстр. ОХМД	м. Конотоп	Є відомості, що виїхала до м. Миколаєва
19	Вороная Олена Валентіновна — асист. аптеки	Жмеринська поліклініка	Мешкає в Києві Багутівська вул. 10, кв. 2
20	Ротенберг — інтерн	Дніпропетр. Крайовий і-т патології та гіг. праці	
21	Шевчук Л. Д. — окуліст	Сорокінський р-н райлікарня	Є відомості, що виїхала до Ташкенту
22	Рапопорт П. Н. — асистент аптеки	„	Перебуває в Дніпропетровському

Відповід. редактор **С. І. Канторович.**

Укрполіграфоб'єднання Третя Друк. ім. Фрунзе Харків, Донець-Захарж., 6. Укрголовліт. 5-жб Зам. 2231. Прим. 3.500

У.К.П.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, Картковому репертуарі та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 6-й
Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 23-24 | 31 грудня 1930 року | № 23-24

ДЕРЖ. БІБЛІОТ...

Виправте друк. помилку.

У надрукованому в бюлетені ч. 22 обіжникові „про порядок витрачання коштів фонду допомоги матері-селянці на 1931 р. в пункті 4-му (на стор. 442) випав цілий рядок Наводимо тут цей пункт виправленим:

„Ураховуючи надзвичайну недостатність пологодопомоги на селі, наступну потребу розвинення цього виду меддопомоги такими темпами, що асиґнування від місцевого бюджету не забезпечують, вважати за потрібне, щоби з фонду матері-селянки було витрачено 15% всіх коштів фонду на влаштування пологових ліжок при сільських амбуляторіях та медучастках“.

Редакція.

ЗМІСТ.

I. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

С. Канторович—Роботу наукових інститутів у річище всієї радянської охорони здоров'я.

Ю. А. Кушнір — Ще до питання про потрібні зміни структури Наркомату.

Д. В. Кузнецов — Забута ділянка.

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

Організаційна частина. Кадри. 253. Про транспорт для медично-санітарних установ. 254. Для статобліку та розробки даних про захворування вводяться посади статистика та рахівника. 255. Про заходи до медробітників, які ухиляються відслуговувати за вказівками органів здоровоохорони. 256. Положення про заочні курси пом. лікарів єдиного диспансеру. 257. Устава про шестимісячні заочні курси вдосконалення середнього медперсоналу. 258. Положення про інтернатуру. 259. Про забезпечення аспірантів та інтернів квартирами. 260. Положення про права та обов'язки органів НКОЗУ щодо керівництва роботою медтехнікумів. Санепід. Саносвіта. 261. Про ліквідацію натуральної віспи. 262. Про боротьбу з паразитарними тифами. 263. Про роботу промсанлікарів. 263а. Про санітарну оцінку доброякісности рибного краму. Положення про масові університети при інститутах НКОЗ. Охматдит. 265. Про застосування закону щодо колективізації дитячого побуту. 266. Про заборону провадити штучні аборти в амбуляторній обстановці. Лікувально - профілактична частина. 267. Про організацію лікарської контролі та порядок надання відпусток за непрацездатністю. 268. Про додержання норми протезної броні.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ

1. Про форми зв'язку з периферією 2. Про медсанобслуговування на Дніпрельстані. 3. Заходи Надзвич. комісії по боротьбі з епідеміями проти Охтирського РВК'у. 4. Догани винним у занедбанні справи медобслуговування робітництва Донбасу. 5. Стан забезпечення сільських меддільниць транспортом 6. Про роботу міжрайонних санітарних станцій. 7. Про розподіл дезкамер. 8. Нарада директорів інститутів НКОЗ. 9. Розподіл грошових засобів на збільшення мережі дитячих садків. 10 Теж на ясла та молочні кухні. 11. Подяка лікареві т. Ентіну.

IV. ХРОНІКА

1. У Наркомздоров'я РСФРР. 2. До наступного Всесоюзного онкологічного з'їзду. 3. Про скликання Всеукраїнського з'їзду рентґенологів і радіологів. 4. Про порядок придбання курмісць колишнім червоним партизанам.

V. ОБ'ЯВИ ТА ОГОЛОШЕННЯ

1. Про тих, що свавільно кинули свою роботу. 2. Виключення із списків дезертирів. 3. Конкурси.

I. Політика охорони здоров'я, питання організації та управління

Роботу наукових Інститутів — у річище всієї радянської охорони здоров'я

(Із промови Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча на доповідь про плян наукової роботи на 1931 рік).

Період кількісно швидкого розгортання наукових і науково-практичних інститутів, можна сказати, минув. Ми маємо дуже велику мережу інститутів, розасиґнували їм чималу суму грошей, зробили багато, щоб забезпечити науковій роботі потрібний розмах, особливо ж щодо якости її. А щодо якости, а подекуди й змісту, навіть і напрямку роботи, не — можна сказати, що тут усе стоїть гаразд.

Головна хиба багатьох інститутів (деякі з них, наприклад, тубінститут у Харкові, дали й дають належну продукцію, виправдуючи своє призначення) полягає в тім, що вони досі не перешикувалися й не перебудували себе самих й своєї роботи стосовно до вимог реконструктивного періоду.

Немає подекуди належного усвідомлення соціяльних завдань і замовлень, що складає нам наше сучасне політичне та економічне життя, його вимог, що настирливо чекають на своє задоволення.

Ось візьмемо приклад: один із наших інститутів заходився довгий час навкруги вивчання праці шоферів одного з гаражів. До цього треба поставитися різко неґативно, бо інститутові треба було працювати над проблемами умов праці зовсім інших шарів робітництва, звичайно, насамперед — робітників Донбасу.

А в тім, інститут, не зважаючи на категоричні вказівки НКОЗУ, робив своє.

Ось, іще приклад: інститут вивчає працю трамвайників. Я вважаю, що з цією науково-вислідувальною роботою можна б трохи й почекати. Не завадило б інститутові патології та гігієни праці, який взагалі непогано працює, взяти на пильну увагу, що ввесь Наркомат праці заходиться тепер навколо перегляду норм продукційности праці в Донбасі в зв'язку з механізацією. Отже, ясно, що саме згаданому інститутові личить взяти на своє цілковите й всебічне вивчання цю складну й відповідальну задачу.

Теперішній період — період велетенського поступу вперед, розвитку всіх галузів нашої промисловости категорично диктує: „Вивчай передусім умови та особливості праці металістів, гірників, хеміків Донбасу, а потім можна й треба подбати про працю трамвайників, що працюють у легшій, так би мовити, індустрії".

Проте, треба одверто сказати, що провина покладається тут не на інститути, але й на нас самих. Аджеж ми досить не плянували, як слід, наукової роботи, досить кволо керували інститутами, через що мусимо насамперед винуватити себе, а потім інститути.

Нам треба ще раз і досить категорично сказати інститутам, чого ми від них вимагаємо. Ось наш реконструктивний період вимагає того, щоб інститути щільно наблизилися до виробництва, а передусім до важкої індустрії. Дуже добре, що наш сектор науки, санкультури та побуту розробив спеціяльну програму робіт. Проте, чи — досить цього? Ні, не

досить. Треба, розробивщи програму, суто зв'язану з практичними завданнями НКОЗУ, потім пильно стежити та перевіряти, що саме роблять інститути та як саме провадять вони свою роботу, чи відбиває вона та в якій мірі конкретні вимоги виробництва, що дедалі все більше зростає, все більше механізується, через що утворює зовсім нові умови роботи, вимагає іншого ставлення, інших ґарантій безпеки, медобслуговування робітництва.

Досить указати на застосування таких велетенської ваги заходів, як перехід на 7-год. робітничий день (згадаймо, що на кінець п'ятирічки такий скорочений день опанує цілком наше виробництво), на безперервне виробництво і досить згадати про все дальше розвинення соціялістичних метод праці через соціялістичне змагання та ударництво, щоб зараз же переконатися в цілковитій потребі придiлити в наукової роботі наших інститутів цій справі найбільшу увагу.

Тепер декілька слів про справу методологічного керівництва та зв'язку з інститутами.

Нам конче потрібні метедологічні центри, що давали б змогу досягнення міцніших інститутів прищеплювати в решті інститутів і на периферії взагалі. Не дарма НКОЗУ висловився за те, щоб інститути працювали як крайові, що мали б свої місцеві філії, пункти, на які вони спиралися б у керівництві периферією. Якщо буде здійснено плянове передбачення — мати на периферії 100 таких наукових пунктів, справу керівництва периферією буде значно посунено вперед. І тут перед нами цілком уперто стоїть питання — зміцнити, зробити постійним і неухильним зв'язок інститутів з НКОЗ. Тільки щільний зв'язок дасть Наркоматові змогу методологічно керувати їхньою роботою поряд цього, як слід використовувати її наслідки й, так би мовити, продукцію цієї роботи. А тут роботи всім вистачить, бо всі сектори й групи досить заходяться й мусять заходитися навколо справи найліпшого обслуговування робітництва, трудових кіл селянства, промисловости й сільського господарства.

Доводиться констатувати, що останнім часом якось послабшала діяльність інститутів щодо складання їхніх звітів і запровадження конференцій на заводах і фабриках. Цю роботу треба відновити та до того ж посиленішим темпом, бо робітництво бажає слухати ці звіти, беручи в них жваву участь.

Ті інститути, що провадили цю роботу поряд популяризації своєї діяльности на робітничих зборах мали б ще й користь, становлячись дійсно близько до виробництва.

Нарешті — про кадри. Час розв'язати суперечки між науковими інститутами та інститутами вдосконалення лікарів щодо того, хто з них відповідає за справу підготовки аспірантів та інтернів та взагалі безпосередньо керує цією роботою. Я гадаю, що відповідати повинні ті, що провадять у себе цю підготовку, а інститутам удосконалення повинно належати певне право нагляду цієї роботи. Треба покласти край такому стану, за якого директора й професора інституту не притягають до справи підбору аспірантів та інтернів.

Не треба забувати, що згідно з чинним положенням у склад аспірантських комісій обов'язково вводяться по 2 наукові робітники від інституту, представник від мединституту, а представник відповідної катедри мусить обов'язково теж брати участь у підборі своїх аспірантів.

Говорячи про вимоги до інститутів, треба нам і собі теж зробити все можливе, щоб полегшити їм виконувати соціяльні замовлення та плянові передбачення.

Отже, імпортне обладнання, чужоземну літературу треба здебільшого віддати нашим інститутам, так само й щодо закордонних відряджень: треба з останніх надати більшу частину науковим робітникам, що й самі навчатимуться та дадуть користь справі охорони здоров'я.

Ось декілька слів, що я хотів сказати з приводу того напрямку, якого мусить набрати робота наших наукових інститутів.

Знову мушу повторити: не можна розуміти за теперішньої доби роботу інститутів поза вимогами самої доби, поза потребами робітників і бідняцько-середняцьких мас селянства, що будують соціялізм.

Ю. А. Кушнір

Ще до питання про потрібні зміни структури наркомату

Реорганізація структури наркомату, що її було здійснено декілька місяців тому, в основному цілком відповідає тим завданням, що стоять перед наркоматом за реконструктивного періоду.

Проте, протягом оцих декількох місяців сталася важлива історична подія — ліквідація округ, і це спонукує нас вже тепер внести в цю структуру низку корективів.

Плянування, що його раніше розуміли, як плянування в окружному розрізі, мусить тепер знизитися аж до районів, а це справа надзвичайно серйозна й важка; вона призводить до негайної потреби посилити пляновий сектор наркомату й до утворення нової групи — групи районового плянування.

Найсерйозніше питання, що виникає тепер, це питання зв'язку з районами, питання про відповідальність за їхню роботу, за стан охорони здоров'я в них. Теперішній стан, за якого ми не знаємо, що діється в районах, за якого ми взагалі не знаємо цих районів, коли райони частенько метушаться, не знаючи, до кого їм треба в наркоматі звернутися, щоб розв'язати те або інше істотне питання, — такий стан треба якнайскоріше ліквідувати. Встановити гарний справжній зв'язок з районами можна тільки тоді, коли в наркоматі буде утворено міцний сектор організаційного керівництва, а всередині сектора—міцну інспекторську групу.

Ось саме на роботі цієї інспекторської групи я хочу докладніше спинитися, бо надаю їй надзвичайно серйозне значіння в справі налагодження дійсного живого активного зв'язку з районами.

Група повинна мати не менше 15 — 20 інспекторів. До кожного з таких інспекторів прикріплюється певну кількість районів, (бажано не більше 30). Інспектор повинен вивчати свої райони досконально — знати їхній економічний, культурний та соціяльний стан, добре знати стан здоровоохорони. На інспектора покладатиметься запровадження оперативних виїздів в райони. І от, підчас виїздів інспектор не тільки, або не стільки віддає увагу обслідуванню, скільки безпосередньо допомагає райздоровінспекторові працювати, дає вказівки, як треба працювати й від'їжджає з району тільки тоді, коли помічає певний перелом в роботі здоровоохорончої організації в районі. На підставі своєї повної освідомлености про стан роботи та потреби району, такий інспектор, природно, має просувати в Наркомздоров'ї всі питання, що стосуються прикріплених до цього районів, стаючи, так би мовити, повноважним представником своїх районів в НКОЗ.

Інспектор відповідає за стан здоровоохорони в його районах, відповідає спільно з відповідним сектором, якщо своєчасно не сиґналізував колеґії, або наркомові про утворювану тяганину в розв'язуванні того або іншого питання (звичайно, прикріплених до нього районів), або про неправильне розв'язування його.

Ми здійснюємо тепер своєрідний принцип диспансеризації в справі управління. І ось наш інспектор буде таким інспектором - диспансеризатором управління, так само, як дільничний лікар стає диспансеризатором єдиного диспансеру.

Пляновий сектор наркомата, погоджуючись на те, що викладена тут форма зв'язку є дуже принадною й майже ідеальною, все ж таки визнав її за несвоєчасну: мовляв, наш апарат ще недосить кваліфікований для такої роботи. Я вважаю такий погляд за невірний й не вбачаю іншої дійнішої форми зв'язку з районами, що забезпечувала б цілковите активне охоплення їх. Тут районам треба сказати своє слово. Це питання — питання зв'язку з ними повинно викликати насамперед відгук від самих районів.

А що ж саме за такої форми зв'язку являтиме собою медично-санітарний сектор наркомату? На мою думку, це повинен бути сектор відповідної компетенції в галузі лікувально-профілактичній, проти-епідемічній (зважаючи на постанову колеґії про передачу всієї санітарної справи секторові науки, культури й побуту), охматдитській і ОЗДП і, відповідно до цього, мати такі групи: лік. профілактичну, протиепідемічну, охматдитську, групу ОЗДП, групу судової медицини та фармацевтичну.

Сектор повинен вивчити стан відповідних галузей охорони здоров'я в районах так на основі друкованих матеріялів, як і через тематичні обслідування виробничого порядку, керувати постановкою відповідних галузей охорони здоров'я через пресу загальну й спеціяльну, організуючи міжрайонові наради та з'їзди з певних галузей охорони здоров'я та окремих актуальних питань.

Сектор повинен підчас тематичних виїздів провадити оперативну роботу щодо налагоджування певної галузі охорони здоров'я в районі, брати участь у роботі всесоюзних й всеукраїнських з'їздів, що скликаються для обговорення спеціяльних галузей охорони здоров'я. Далі, звичайно, сектор повинен здійснювати повсякденне листовне керівництво районами в поточних питаннях спеціяльних галузей охорони здоров'я.

Ось ряд зауважень щодо потрібних змін, власно кажучи, не структури апарату, а щодо змісту роботи окремих його секторів.

Ці зміни, на нашу думку, допоможуть нам дійти можливости знати, що робиться в районах, мати змогу своєчасно допомогти районам та дійсно відповідати за постановку справи здоровоохорони в них.

Слово за районами.

Увага від редакції. Редакція вважає за доцільне питання, яке зачепив автор статті, поставити на широке обговорення на сторінках бюлетеня. Участь районових робітників охорони здоров'я безперечно потрібна.

Д. В. Кузнецов

Забута ділянка

Мова йде про єдиний український популярний санітарно-освітній журнал „Шлях до Здоров'я“.

Основна настанова, що її малось підчас заснування журналу, була дати масовий журнал на допомогу широким колам трудящих в справі оздоровлення праці й побуту.

Журнал вступає в сьомий рік видання, його тираж виріс до 15.000 передплатників. Але стверджувати, що журнал став масовим щодо споживання, що він є дійсно незамінний в родині робітника й селянина, ми не можемо й не маємо підстав, не зважаючи на нібито великий тираж.

Завдання цієї статті є спроба виявити причини цього та накреслити конкретні шляхи дальшого життя та розвитку журналу.

Треба насамперед відзначити неприпустимо байдуже ставлення до журналу від цілої маси медичного персоналу, а, в першу чергу, лікарів саносвіти та лікарів профілактиків взагалі (санлікарі, охматдит, ОЗДП, лікарі диспансерів, тощо).

На нашу думку, ця байдужість переросла у щось загрозливіше, коли Наркомздоров'ю довелось декілька разів повторювати раніш та й зараз свої категоричні директиви про обов'язкову передплату журналу для установ охорони здоров'я та про пожвавлення роботи щодо розповсюдження журналу.

Ця „байдужість“ призвела до того, що журнал не посів обов'язкового місця в клюбах, хатах-читальнях, червоних куточках, школах тощо.

Цілком зрозуміло, що журнал мав стати в допомозі в першу чергу медперсоналові в його санітарно-освітній та організаційній роботі.

Медперсонал не лише не скористався з нагоди мати журнал за помічника, але не зробив майже нічого, щоб просунути журнал в установи. Правда, є винятки, але вони остільки незначні, що балакати про них немає рації, бо вони не складали будь-якої ціни для життя журналу,

Всяку успішну роботу, що її проведено в будь-якій галузі, ми розуміємо за цілком успішну й корисну лише тоді, коли, крім певних наслідків цієї роботи, методи її стануть здобутком решти працівників тієї ж справи.

Отже безперечно, що такі методи є, що дехто з місцевих робітників пророби величезну роботу щодо розповсюдження журналу. Але методи цієї роботи не найшли собі місця ані на сторінках „Шлях до здоров'я“, ані на сторінках іншого журналу („Профілактичн. медицини“ тощо).

Наслідок — тільки 15.000 тиражу та наявність сел, де про існування журналу навіть і не чули.

Шукаючи причини байдужости до журналу серед маси медробітників (а є багато із них, що також не чули ще про існування журналу) ми певні, що тут за основну причину править нерозуміння завдань і значення нашого журналу для цілої справи охорони здоров'я.

Йдучи далі, ми доходимо висновку, що це нерозуміння виникає із нерозуміння завдань охорони здоров'я за реконструктивної доби, із певного нерозуміння ролі санітарної культури за періода соціялістичного будівництва.

Інакше не може бути, бо трудно уявити собі лікаря, який, розуміючи завдання охорони здоров'я за реконструктивної доби та виконуючи власну ділянку із цілих завдань, не звернувся за допомогою до преси, до своєї медичної популярної преси, що має агітувати до широких кіл робітників та селян. Трудно уявити собі профілактичну роботу, що не ставить собі завданням стале вкорінення, підпорядковане постійному впливові, що його може дати масовий гігієнічний журнал. На що перетворюється санітарно-освітня робота в клюбі, сельбуді, червоному куточкові на підприємстві, коли вона залишається суто епізодичною, не маючи постійного побудника до оздоровлення праці й побуту в особі санітарно-освітнього журналу.

Безумовно можливо, що за другу причину байдужости правлять хиби самого журналу, який можливо й не відповідає цілком завданням, що на нього покладено.

Ми прагнемо того, щоби виправити ці хиби, але зробити це надто важко, не знаючи, в чому саме ці хиби полягають, бо оцінка журналу від нас — осіб, що роблять цей журнал, може бути помилковою.

На жаль ми зовсім не маємо будь-яких зауважень з боку периферії щодо змісту, настанови та характеру журналу.

Наші спроби отримати такі зауваження не дали достатніх наслідків.

Ось чому ми обережно ставимось до висновку, що причина кволого розповсюдження нашого журналу полягає в самому журналі.

Безумовно хиби є, але виявити ці хиби ми можемо лише за допомогою читача медробітника та політосвітробітника, що працюють з нашим журналом.

Надто важко вести справу, коли немає певности, що ця справа викликає певну реакцію від тих, для кого її роблять.

Ми не певні й того, що примірники журналу, передплачені установами охорони здоров'я, не лежать нерозрізані десь по канцеляріях та книгозбірнях, не доходять до масового читача, не будучи цілком цікавими для працівників цих установ. Адже ж ми не хочемо сперечатися, вишукуючи винного.

А в тім журнал вартий уваги. Він має власну п'ятирічку. Ця п'ятирічка зливається в основному з п'ятирічкою справи охорони здоров'я на Україні й в цілому СРСР.

Розпочинаючи 7-й рік видання, журнал виходитиме щодекади й матиме три додатки: „За тверезість" (організація громадської боротьби проти алкоголізму), „За здорове харчування" (організація громадськости щодо оздоровлення та усуспільнення харчування) і „Здорова зміна" популярний санітарно-освітній журнал для дітей піонерського віку.

Основні завдання, що ставить журнал перед собою майбутнього року це: а) мобілізувати маси на перевірку виконання постанови ЦК ВКП(б) про медичне обслуговування робітників та селян.

а) Організувати громадськість навкруги питань охорони здоров'я — себто практично допомагати активістові робітникові та селянинові в справі оздоровлення власної праці й побуту та в його роботі в справі охорони здоров'я.

б) Допомогти місцевим установам охорони здоров'я просунути до мас трудящих всі питання охорони здоров'я так фактичного змісту, як і організаційні.

в) Сприяти розвиткові самодіяльности громадських установ охорони здоров'я, керуючи їхньою роботою, висвітлюючи на сторінках журналу перебіг їхньої роботи.

г) Обслужити неорганізованого читача.

д) Стати за центральний консультативний орган в питаннях організації й практики масової роботи щодо охорони здоров'я в питаннях оздоровлення праці й побуту для робітн.-колгоспного активу, різних установ та організацій.

е) Організувати робсількорівські кадри навкруги питань охорони здоров'я.

Це основне, що має журнал на меті.

Навіть поверхове ознайомлення з нашими завданнями, свідчить про те, що впоратись з такою величезною роботою можна лише за допомогою цілої громадськости і в першу чергу закладів охорони здоров'я.

Отже, порозумівшись у тому, що ми передбачаємо, ми чекаємо на підтримку центральних і периферійних закладів охорони здоров'я.

Підтримку цю ми вважаємо за правильне формулювати так: однині журнал „Шлях до здоров'я" творить не його редакція та купка постійних співробітників, а вся маса активу й медперсоналу та громадських закладів охорони здоров'я, сприяючи розповсюдженню журналу, працюючи з ним у клюбі, сельбуді, на підприємстві, в колгоспі, в родині робітника і селянина.

Ми вважаємо, що журнал має стати могутньою орудою для медробітника, який чесно працює на ниві охорони здоров'я, цілком співчуваючи й проводячи в життя заходи охорони здоров'я за реконструктивної доби. Ми чекаємо на співробітництво від робітничо-колгоспного активу, що беручи участь у справі організації охорони здоров'я матиме журнал за допомічний орган поділитись думками з широкими масами трудящих.

Особливі сподіванки наші на жінку, що, увійшовши рівноправним членом до соціялістичного будівництва, має заходитись над перебудовою побуту, в боротьбі проти алкоголізму, проти релігійного впливу, за здоровий побут, за суспільне харчування, за здорову зміну.

Ми вважаємо за цілком своєчасне і потрібне, коли наркомат дасть категоричні директиви на місця, що:

а) журнал повинен бути в кожній установі охорони здоров'я;

б) за розповсюдження журналу на терені певного району відповідає райздоровінспектор;

в) співробітництво в журналі є певний доказ розуміння завдань охорони здоров'я за реконструктивної доби;

г) робота з журналом не повинна обмежитись розповсюдженням і співробітництвом, а й роботою з журналом через відповідні установи охорони здоров'я та політосвітні й шкільні заклади.

Журнал широко відчиняє свої сторінки для обслуговування найменших дрібниць охорони праці та оздоровлення побуту робітника й селянина колгоспника.

За допомогою цілого суспільства журнал повинен стати й стане агітатором за новий побут та організатором самодіяльности та ентузіязму трудящих щодо цього.

Увага: Редакція журналу міститься в буд., 6—8 вулиці Вільної Академії в Харкові.

II. Офіційна частина

ОРҐАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. КАДРИ

253. Про транспорт для медично-санітарних установ

До всіх райвиконкомів. Копія: НКОЗ АМСРР

За матеріялами облідування місць та за повідомленнями райздоровінспекторів спостерігаються випадки невиконання постанов Уряду щодо забезпечення всієї місцевої санітарної мережі засобами транспорту (постанови РНК УСРР з 26 квітня 1929 р. та 3 квітня 1930 р.).

З огляду на це, значна частина меддільниць зовсім не має засобів транспорту, а там, де вони є, їх використовують райвиконкоми часто не за прямим призначенням. Крім того, в деяких місцевостях не використовуються на придбання засобів транспорту для меддільниць кошти, що їх передбачено за кошторисом на цю саме мету.

Спостерігаються також випадки, коли райвиконкоми, зовсім всупереч постановам Уряду, відбирають засоби транспорту.

Так, наприклад, голова Тилигуло-Березанського РВК відібрав бричку та збрую, що належали медорганізації разом з кіньми, що придбав райздоровінспектор та райсанлікар за їхні власні кошти. Повернено все це було РВК'ом за належністю лише через довгий час після відібрання.

Визначаючи такі явища за недозволені, НКОЗУ вважає за потрібне звернути Вашу увагу на те, що в умовах реконструктивного періоду сільського господарства, коли медорганізаціями району належить поширити свій вплив на колективізоване село, вивчати умови побуту в колгоспах, інструктувати медпункти, що їх по колгоспах організовано, вести догляд захворувань та побільшення випадків травматизму, а так само, щоб своєчасно задовольняти побільшене звертання сільської людности по меддопомогу,—забезпечення медорганізацій району транспортом набуває надзвичайного значення, а використання засобів траспорта медсанорганізацій не за призначенням, а для інших потреб РВК, веде до зриву робіт по медобслуговуванню соціялістичного сектора.

На підставі вищенаведеного НКОЗ пропонує:

1. Негайно придбати засоби транспорту для медсанорганізацій, що для них за кошторисом 1930 р. передбачено вже певні кошти.

2. На виконання постанови РНК УСРР з 26 квітня 1929 р. про забезпечення медсанорганізацій засобами транспорту, включити в кошторис на перший квартал 1931 року відповідні асиґнування по місцевому бюджету на придбання транспорту для медорганізацій з таким розрахунком, щоб жодна дільниця району не залишилася без засобів транспорту.

3. Категорично припинити незаконне використання транспорту медсанорганізацій для потреб і виїздів, не зв'язаних з медобслуговуванням селянства.

4. Негайно повернути медсанорганізаціям відібрані у них засоби транспорту і обов'язково в цілком справному стані.

5. Вжити належних заходів до постачання медсанорганізацій кількістю фуражу централізованим порядком за нормами, встановленими для транспорту РВК.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

За кер. медсансектора **Сиротенко**

Кер. орг. інстр. сектора **Суслов**

(Об. розп. НКОЗУ 14—610 з 14 грудня 1930 р.)

254. Для статобліку та розробки даних про захворування вводяться посади статистика та рахівника

До всіх райвиконкомів (РЗІ)

У зв'язку з потребою правильного організаційного керівництва справою медобслуговування застрахованих у районі, виникає питання статистичного обліку захворувань та розробки цих даних, а також і питання розподілу коштів на медобслуговування та правильного використання цих коштів, Отже, НКОЗ вважає за потрібне, щоб по всіх районах зі значною кількістю застрахованих були введені до штату одної з районних установ (районні поліклініки) посади одного статистика та одного рахівника з утриманням цих посад коштом фонду меддопомоги. Ці робітники повинні працювати під загальним керівництвом райздоровінспектора, причому рахівник повинен виконувати всю роботу щодо рахівництва по фонду меддопомоги, на статистика ж покладається систематизувати, об'єднувати та розробляти статистичні дані в галузі охорони по всіх медсан. установах.

Заст. Наркомздоров'я **Нагорний**.

Заст. керівника сект. кадрів **Кушнір**.

((Об. розп. НКОЗУ ч. 14—510 з 16 листопада 1930 р.)

255. Про заходи до медробітників, які ухиляються відслуговувати за вказівками органів здоровохорони

До міжрайонових прокурорів, копія—НКЗдоров'я

За повідомленням НКОхорони здоров'я на місцях виявлено багато випадків ухилення від праці в медичних установах—медробітників, що за чинним законом, зобов'язані після закінчення мед. ВУЗ'ів, медкурсів та ординатури, працювати за вказівками органів НКОхорони Здоров'я.

Прокуратура УСРР пропонує за звертаннями до Вас місцевих органів НКОхорони Здоров'я або НКПраці,—вжити категоричних заходів до ліквідації зазначених явищ та винних притягати до відповідальности, так само, на підставі інформації місцевих органів НКОхорони Здоров'я притягти до відповідальности тих медробітників, що відмовляються виїхати на периферію, порядком спеціяльної постанови НКОхорони Здоров'я з 15 жовтня б. р.

Заст. Наркомюстиції та Генерального Прокурора Республіки **Приходько**

Пом. Генерального Прокурора Республіки **Чумало**

(Об. розпор. НКЮсту ч. 131-55-02-17 з 6 листопада 1930 р.)

Затвердив: Нарком Охорони Здоров'я **С. І. Канторович**.
15 листопада 1930 р.

256. Положення

Про заочні курси помічників лікарів єдиного диспансеру

1. У зв'язку з реорганізацією роботи лікувально-профілактичних установ за системою єдиного диспансеру й з потребою, що звідси випливає, забезпечити єдині диспансери відповідними кадрами середнього медперсоналу, Всеукр. заочний інститут медосвіти при НКОЗУ організує заочні курси помічника лікаря єдиного диспансеру для перекваліфікації осіб середнього медперсоналу, що тепер працює в лікувально-профілактичних установах й не мають теоретичної підготовки та відповідного свідоцтва про кваліфікацію.

2. Особи, зазначені у п. 1-му мають вступити до заочних курсів неодмінно за умови, якщо вони тепер працюють у лік. проф. установах, поліклініках, туб., вен., психо-

диспансерах, лікарнях, медпунктах, установах охматдиту так відкритого, як і закритого типу тощо.

3. Заняття заочних курсів відбуватимуться за певним навчальним пляном і програмою, проробленими НКОЗ, затвердженими від НКО.

4. Заняття становлять лекції-завдання, семінари й практичні заняття на місцях з усними і письмовими контролями. Іспити складатиметься періодично у строки, що їх зазначають курси. Усі заняття так практичні, як і теоретичні мають відбуватися за календарним пляном. Відповідно до цього пляну курсанти одержують навчальний матеріял, а до практичних занять призначатиметься строки.

5. Курсантів прикріплюється до лікустанов до місця перебування, щоб вони відбували практичні заняття, а де таких лікустанов немає, то до найближчого центру, що має потрібні для відбування практикуму установи.

Керівництво практичними заняттями покладається на спеціяльну приділену від лікустанови особу.

У строки, встановлені для практичних занять, курсанти, що повинні виїхати до найближчого центру, звільняються від роботи, причому утримання залишається за ними протягом всього практикуму.

6. Щоб забезпечити пляномірно відбування курсантами усього курсу, кожен район має приділити лікаря (одно з зав. лікустанови, а там, де є медшкола — зав. медшколи) відповідального за всю роботу, що її курси покладають на місця.

7. Директор заочного інституту затверджує склад викладачів курсів.

8. Рецензії навчального матеріялу покладається на рецензентну комісію, що в її складі є — зав. курсів (голова), представник методкому й фахівець з даної дисципліни (не викладач).

9. Усі що закінчать заочні курси й виконають усі контрольні завдання та роботи й пройдуть кваліфікаційну комісію на місцях при райздоровінспектурах і секціях здоровоохорони міськрад, мають одержати відповідне свідоцтво помічника лікаря єдиного диспансеру.

Примітка. Склад і роботу кваліфікаційної комісії визначає спеціяльна інструкція НКОЗУ.

10. Тривалість курсу становить 2 роки для тих, що закінчили не менш, як 4-клясну школу до революції та 7-річку тепер, а $2^1/_2$ роки — для тих, що мають нижчу освіту, ніж ця. Навчальний плян передбачає щоденне заняття протягом 3 годин на п'ятиденку.

11. Плата за навчання — 36 крб. на рік. Плату вноситься за кварталами по 9 крб. (наперед).

Щоб забезпечити курсантів оплатою, установа авансує курсанта в розмірі квартального внеску на початку кожного кварталу й далі вивертає авансову суму протягом відбування цього курсу.

12. Зарахування провадить приймальна комісія в складі: зав. курсів, представника ВУК'у МСТруд та представника сектора кадрів.

13. Особи, що підлягають зарахуванню до курсів, повинні написати анкету за формою та подати довідку про місце служби й стаж. Анкету має посвідчити зав. установи.

14. Особи, прийняті до курсів, звільненню або скороченню (за скороченням штату) не підлягають.

Затвердив: Нарком Охорони Здоров'я **С. І. Канторович.**
15-XI 1930 р.

257. Устава

про 6-місячні заочні курси для вдосконалення акушерок, лікпомів і медичних сестер

1. Курси мають за своє завдання вдосконалити знання акушерок, лікпомів і медичних сестер, а також зазнайомити їх з сучасними настановленнями радянської медицини.

2. На курси приймаються перелічені категорії середнього мед. персоналу, що працюють тепер по лікувальних установах УСРР більше, ніж 3 роки та мають свідоцтво нормальної середньої мед. школи.

Увага. Перевагу надається особам, що працюють на селі.

3. Курсантів призначають райздоровінспектори або секції охорони здоров'я міськрад, а також приймають осіб за індивідуальними заявами.

У першому випадку за навчання курсантів сплачують райвиконкоми або міські ради, а в другому випадку — сам курсант. Плата за навчання — 15 карб., що виплачується наперед в два місяці.

4. Навчання на заочних курсах (теоретичне й практичне) провадиться за навчальним пляном й програмами, затвердженими від НКОЗУ (окремо для груп лімпомів і медсестер й окремо для групи акушерок).

Заняття складаються з лекцій-завдань, семінарів, практичних занять па міоцях, усних і письмових контролей.

Календарний плян теоретичного й практичного навчання затверджує методком. Відповідно до цього пляну надсилається курсантам учбовий матеріял й встановлюється термін практичного навчання.

На час практичного навчання курсанти, в разі потреби, звільняються від роботи, зберігаючи свою зарплатню.

5. Тривалість курсу для акушерок 6 місяців, а для лікпомів — 8 міс.

6. Після закінчення курсів курсант одержує відповідне посвідчення.

7. Особи, що вступають на заочні курси, заповнюють анкету за встановленою формою. Анкету повинен засвідчити зав. установи.

Погоджено з ВУК'ом МСТ
18-XI 1930 р.

Затвердив: Нарком Охорони Здоров'я **С. Канторович.**
6 листопада 1930 р.

258. Положення про Інтернатуру

I. Загальні засади

1. Інтернатура має за завдання підготовку кваліфікованих лікарів-фахівців для практичної роботи в різних галузях охорони здоров'я по медично-санітарних установ УСРР.

2. Інтернатура провадиться за кошторисами НКОЗ'у з коштів державного бюджету та фонду меддопомоги застрахованим, а також кошторисами міських рад та РВК, з коштів місцевого бюджету, а також медсанупрів та водсанупрів транспорту.

3. Організація та керування інтернатурою покладається на відповідні інститути удосконалення лікарів. Всі інститути та мед. сан. установи, де провадиться інтернатура — повинні керуватись в цій справі вказівками інститутів удосконалення лікарів на НКОЗ УСРР.

4. Контингент загального прийому інтернатури, розподіл по фахах та по кожному інституту удосконалення лікарів встановлює щорічно НКОЗ, передбачаючи кількість інтернів у відповідних кошторисах, на підставі загального пляну підвищення кваліфікації.

II. Добір по інтернатури

5. Прийом до інтернатури за держбюджетом в межах встановленого НКОЗ контингенту за окремими фахами для кожного інституту удосконалення лікарів провадить інститут удосконалення двічі на рік—1 жовтня та 1 квітня.

6. Подавати на конкурс до інтернатури мають право лікарі віком до 40 років, що мають не менш трирічного лікарського стажу. Для інтернатури санітарно-профілактичної, цей стаж можна скорочувати до 2 років.

7. Переважне право на вступ до інтернатури мають лікарі, у яких є не менш, як 3 роки периферійного стажу в сільських місцевостях та робітничих селищах, лікарі робітничого та селянського походження (колгоспники, члени КНС, бідняки, середняки).

8. Заяви про вступ до інтернатури за держбюджетом подаються до відповідного Інституту Удосконалення Лікарів з додатком таких документів:

1, Анкета за формою в двох примірниках (див. додаток № 1) та курикулюм вите.

2. Копія диплому (оригінал диплому вдається до Інституту Удосконалення Лікарів після зарахування або пересилається відповідним органам, де диплом зберігався).

3. Трудсписок.

4. Військові документи.

5. Свідоцтво про стан здоров'я.

6. Рекомендація від органів охорони здоров'я, профспілки, райвиконкому або міськради

7. Підписка про відслугування з розрахунку $1^1/_2$ роки служби за 1 рік інтернатури.

8. Згоду на зарахування до інтернатури від парт. організації (для партійців).

9. Особи, що не виконали своїх обов'язків, передбачених чинним законодавством щодо обов'язкового відслугування після закінчення медвузу, або ухилились від від'їзду на роботу за вказівками органів охорони здоров'я чи самовільно покинули роботу на периферії, до участи в конкурсі на інтернатуру не припускаються.

10. Заміщення посад інтернів провадиться через конкурсову комісію Інституту Удосконалення в складі: голови—директора Інституту Удосконалення, або його заступника, представника наукового інституту, або іншої медустанови, куди прикріплюється інтерн, завідателя відповідного відділку цього інституту та представника Медсантруд.

11. Конкурсна комісія Інституту Удосконалення, обравши кандидатів, надсилає протоколи зі всіма матеріялами тих, що брали участь в конкурсі на остаточне затвердження Сектора Кадрів НКОЗ (див. додаток № 2), та після одержання від НКОЗ повідомлень про затвердження, сповіщає обраних осіб, які повинні прибути до Інституту в 2 декадний термін зі дня одержання повідомлення. Неприбулі в цей термін автоматично вибувають та замішуються кандидатами, що їх конкурсна комісія висуває не менш 2 за кожним фахом. Лікаря, якого обрано за інтерна, установа не має права затримувати після встановленого дводекадного терміну.

III. Порядок проходження інтернатури

12. Лікарів, що зараховані до інтернатури, Інститут удосконалення лікарів відряджує для проходження курсу до відповідних науково-практичних інститутів або інших мед. сан. установ згідно з навчальним пляном. Перелік установ, де провадиться інтернатура, встановлює інститут Удосконалення залежно від наявности відповідних керівників та від кваліфікації установи.

Примітка. Список установ, де провадитиметься інтернатура, Інститут Удосконалення подає на затвердження НКОЗ'у.

13. Інтернатура провадиться за єдиним учбовим пляном за єдиним для кожного фаху програмом, що настановлює НКОЗ. Учбовий плян та програм є обов'язковим для кожного інтерна і ніяких винятків не припускається. Інститут Удосконалення провадить контролю за роботою інтерна. Контроль полягає в тому, що крім реєстрації відвідувань, встановлюється відчит перед комісією 2 рази на рік для кожного окремого інтерна. Відчит провадить комісія за призначенням директора інституту в складі: завідувача катедри (голови) та 2 членів: безпосереднього керівника інтерна та 1 асистента катедри. Наслідки кольоквіуму заносяться до зачотної книжки інтерна, що, видається кожному інтернові.

14. Безпосереднє керівництво роботою інтернів та догляд і виконанням ними усіх учбових вимог покладається на завід. та асистентів відділ. установи під загальними керування директору або головлікаря установи, який відповідає перед Інститутом удосконалення за правильне переведення інтернатури. Окремої сплати за керування інтернами не надається, як за роботу, що увіходить до прямих обов'язків робітників мед санітарної установи.

15. Після 3 місяців з початку інтернатури директор інституту або головлікар, де інтерн проходить курс, повинен дати Інституту вдосконалення характеристику щодо здатности інтерна. В разі виявленої нездатности, та негативного висновку інститут удосконалення порушує питання перед сектором кадрів про відкомандирування інтерна. В разі невиконання учбового пляну, недодержання правил контролю, неуспішности директор інституту має право зняти з інтернатури і напрямити його до розпорядження НКОЗ'у. Щодо інтернів, які виявили окрему здібність та хист до наукової роботи, інститут пі їя першого року інтернатури може прохати НКОЗ про перевід на аспірантуру. Інтерни самостійно подавати такі заяви до НКОЗ права не мають.

16. Лікар-інтерн зараховується до складу робітників установи, де він проходить інтернатуру з медично-адміністративного боку підлягає завідувачеві установи та повинен виконувати правила внутрішнього ладу установи.

Примітка. В тому разі, коли за умовами інтернатури вона провадиться в декількох установах, лікар—інтерн вважається за співробітника однієї установи, де він провадить основну роботу.

17. Інтерни виконують практичну роботу в межах учбового програму. Використання лікарів—інтернів на роботі, не зв'язаній з виконанням програму, заборонено. Чергування для інтернів по стаціонарних установах є обов'язковим.

18. Лікарі інтерни крім, практичної та теоретичної роботи в установах певного фаху, повинні пройти загальний для всіх інтернів курс-семінар з марксизму та ленінізму, а також загально-біологічний курс та військові дисципліни. Ці семінари, спільні для інтернів всіх дисциплін, інститут удосконалення організує спочатку курсу інтернатури, або підчас курсу.

19. Підчас проходження курсу інтерни мають право використовувати матеріяли мед. сан. установи для наукової роботи за дозволом завідувача установою.

20. Підчас інтернатури лікарі - інтерни повинні ознайомитись з адміністративно-організаційною та господарчою діяльністю установи і брати участь в усіх наукових конференціях та виробничих нарадах.

Примітка. Різні громадські навантаження для інтерна не можуть перевищувати 6 годинна декаду.

21. Перевод інтерна з одного фаху до іншого не припускається за винятком надзвичайних випадків, коли цього вимагає стан здоров'я. На такий перевід треба мати згоду НКОЗ'у.

22. Сполучення інтернатури з будь-якими посадами, крім педагогічної роботи, не припускається.

23. Хвороба підчас проходження інтернатури, якщо хвороба тривала більш одного місяця, а також термін, перебування в терчастинах не зараховується до інтернатури, і інститут удосконалення має право, в разі коли програму не виконано, продовжити на відповідний термін інтернатуру.

24. Залишення інтернатури за власним бажанням до закінчення терміну інститут може дозволяти з санкції НКОЗ лише в виключних випадках, при чому в такому разі лікар інтерн повинен відслуговувати з розрахунку $1^1/_2$ міс. служби за місяць інтернатури, але не менш одного року. Напрямлення інтерна на роботу до закінчення курсу без згоди інтерна припускається лише в виключних випадках за постановою НКОЗ'у (як—от епідемія та інш.).

25. До моменту закінчення кожний інтерн повинен написати кваліфікаційну роботу на тему, що він сам обирає з тем, що встановлені інститутом та захистити цю роботу в засіданні спеціяльної комісії за призначенням директора інституту.

26. Лікар, що закінчив інтернатуру та успішно захистив роботу (п. 25) одержує від інституту відповідне кваліфікаційне посвідчення за формою, що встановлена НКОЗ'ом (див. додаток № 3). Посвідчення про закінчення інтернатури дає право на обіймання відповідних посад фахівців переважно перед інш. лікарями, за наявности однакових умов, а також таких посад для яких правила НКОЗ вимагають спеціяльної підготовки (рентґенологи). Крім цього, Інститут вносить до трудспиcку відмітку про закінчення інтернатури, а про лікарів чоловіків подає до відому Військ. Сан. Упр. УВО. Посвідчення про закінчення інтернатури разом з дипломом та трудспиcком інститут удосконалення пересилає до РВК або міськради, куди лікаря призначено для відслугування за інтернатуру.

IV. Правовий стан лікарів інтернів

27. Лікар інтерн користується всіма правами, що належать за трудовим законодавством та колумовою робітникам тієї установи, де інтерн працює, щодо робочого часу, тривалости відпустки тощо.

28. Інтерни підлягають соціяльному страхуванню, страхвнески сплачуються з того бюджету, коштами з якого інтерн утримується.

29. Інтерни мають право одержувати харчування від мед. сан. установи за собівартістю, коли установа, де провадиться інтернатура, стаціонарного типу.

30. Квартира з компослугами коштами органів охорони здоров'я інтерну надається в установі, де провадиться інтернатура, або за рахунок тієї установи, що повинна забезпечити інтерна кватирою.

В разі немає можливости надати квартиру інститут удосконалення лікарів виплачує квартирні гроші, за нормами НКОЗ лікарям, за рахунок організації, що утримує інтерна.

31. Ставка лікарю інтерну встановлюється за держнормуванням.

V. Терміни інтернатури

32. Тривалість інтернатури встановлено таку: 2 роки для бактеріології, ОЗД — охматдит, туберкульози, венерології, психіятрії, психоневрології, хирургії, урології, ортопедії, рентґенології, отоляринґології, акушерства та гінекології, терапії, фізіотерапії, патології, анатомії.

Півтора роки — для епідеміології, харчової санітарії, промислової санітарії, житлокомунальної санітарії, санітарної освіти, судової медицини та стоматології.

VI. Відслуговування інтернів та направлення їх на роботу

33. Всі лікарі інтерни, що закінчили інтернатуру, незалежно від того, чи працювали вони до інтернатури на периферії, повинні відслугувати в місцевостях та на посадах за вказівками НКОЗ'у, причому НКОЗ має право призначити лікаря за відповідним фахом так до амбуляторної як і до стаціонарної установи.

34. Термін відслугування згідно з пост. з 16 вересня 1924 р. (Зб. Уз. УСРР, 1924 р. 35-36 арт. 230 встановлено $1^1/_2$ роки служби за 1 рік інтернатури, тобто, за інтернатуру тривалістю 1 рік треба відслужити $1^1/_2$ роки, за інтернатуру тривалістю 2 роки треба відслужити 3 роки.

35. Призначення на роботу тих, що закінчили інтернатуру, дає інститут удосконалення за нарядом НКОЗ'у, причому особи, що закінчили інтернатуру та напрямлені НКОЗ'ом, підлягають прийому на роботу райвиконкомами та міськрадами поза конкурсом.

36. За час зі дня закінчення інтернатури до дня напрямлення на роботу лікар, що закінчив інтернатуру, одержує утримання від інституту удосконалення лікарів, в тому разі, коли напрямлення на роботу виникло з причин НКОЗ'у, в разі коли лікар не був напрямлений на роботу з власних причин, утримання за цей час не виплачується.

37. Лікарям, що закінчили інтернатуру та напрямлені на роботу, відповідні організації в розпорядження яких вони напрямлені, повинні виплачувати підйомні розміром місячної ставки за посадою, на яку ці лікарі призначаються, а також надавати безплатно квартиру з компослугами (поза містами).

38. Лікарі, що закінчили інтернатуру та напрямлені до відслуговування, не мають права до кінця відслуговування залишати посаду та перейти до іншої місцевости УСРР без згоди НКОЗ'у. В разі звільнення лікаря, що відслуговує за інтернатуру. посади, з будь-яких причин, цього лікаря обов'язково напрямлюється в розпорядження НКОЗ. Перевод лікаря, що відслуговує за інтернатуру в межах району або міськради провадиться за розпорядженням відповідного органу охорони здоров'я.

VII. Місцева інтернатура коштами міськрад райвиконкомів, медсанупрів.

39. Секції охорони здоров'я міськрад, райвиконкоми з значною кількістю лікарів, медсанупр обов'язані мати певну кількість інтернів причому, інтернатура може провадитись лише в тих установах, що їх перелік затверджує інститут удосконалення.

40. Кількість інтернів по місту або району чи МСУ щорічно встановлюється згідно пляну робіт міськради МСУ або РВК, в галузі охорони здоров'я причому про всі передбачення щодо інтернатури сповіщається відповідний інститут удосконалення, до якого дане місто або район прикріплений для керівництва.

41. Зарахування до місцевої інтернатури провадять в містах, міська конкурсова комісія, на транспорті, конкурсова комісія МСУ, в районі комісія в складі голови райздоровінспектора, завідателя установи, де провадиться інтернатура та представника МСТруд.

42. Термін інтернатури, порядок проходження, права та обов'язки для інтернів міськрад, РВК та МСУ встановлюються ті самі, як і для інтернів держбюджету.

43. Керування, догляд та контроль за місцевою інтернатурою провадять Інститути удосконалення і їх вказівки щодо цієї справи є обов'язкові для завідуючих установами, де провадиться інтернатура.

44. Інтерни місцевого бюджету після закінчення інтернатури відслуговують за вказівками міськрад, РВК, медсанупрів, а в разі відсутности у цих органів вільних посад передаються в розпорядження НКОЗ для напрямлення до інших місцевостей УСРР.

Член Колегії **Хармандар'ян.**

Керівник Сектора кадрів **Кушнір**

259. Про забезпечення аспірантів та інтернів квартирами

(Окремо не надіслано)

До директорів всіх інститутів

НКОЗУ, беручи па увагу потребу терміново підготовлювати нові так наукові, як і практичні кваліфікованих кадрів, значно збільшив аспірантуру та інтернатуру на медичній вертикалі.

На місцях вже проведено курси, і аспірантські комісії закінчили свою роботу. Найближчим часом декілька сот аспірантів та інтернів буде прикомандировано до інститутів НКОЗ.

На інститути покладено величезну відповідальність у розумінні потреби найсерйознішої уваги до роботи аспірантів і інтернів. Треба значно прискорити темпи підготовки, збільшити вимоги з метою забезпечити високу якість продукції.

Робота аспірантів та інтернів за наявнічтю належного керівництва від наукових робітників інститутів і передусім з боку дирекцій буде тим продуктивнішою, що кращими будуть умови їхнього життя й роботи.

Тому, НКОЗ категорично пропонує директорам усіх інститутів, за їхньою особистою відповідальністю, вжити всіх заходів, щоб повністю забезпечити аспірантів гуртожитками, а там, де є лікарняні відділи інститутів, також харчуванням за собівартістю.

Декілька місяців тому НКОЗ склав інститутам відповідні директиви й деякі інститути вже вжили деяких заходів, щоб забезпечити аспірантів та інтернів квартирами, але цих міроприємств дуже недосить. Треба обов'язково добутися стопроцентного забезпечення аспірантів та інтернів гуртожитками.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 518/40 з 20 грудня 1930 р.)

260. Положення

про права й обов'язки місцевих органів НКОЗУ щодо керівництва роботою медтехнікумів

1. Медтехнікуми безпосередньо підпорядковуються Народньому Комісаріяту Охорони Здоров'я та утримуються коштами державного бюджету.

2. Районові інспектори охорони здоров'я або секції охорони здоров'я міськрад провадять інспектування всієї роботи медтехнікумів, згідно із загальним положення про технікуми та директив НКОЗ та безпосередньо відповідають перед НКОЗ за стан медтехнікумів так з учбового, як і з господарсько-адміністративного боку.

3. Райздоровінспектори та секції охорони здоров'я вживають всіх заходів щоб забезпечити медтехнікуми відповідними приміщеннями, устаткуванням, компослугами тощо, а також щоб забезпечити слухачів гуртожитками та сприяти поліпшенню побуту слухачів.

4. Райздоровінспектори або секції охорони здоров'я контролюють усі витрати коштів медтехнікумів.

5. Завідувачів та заст. завід. медтехнікумів затверджує НКОЗ за пропозицією райздоровінспектора або секції охорони здоров'я, що погоджують кандидатури їх з відповідними місцевими організаціями. В такому ж порядкові провадиться зняття завідателів та їхніх заступників.

6. Викладачів медтехнікумів затверджує та звільняє райздоровінспектор або секція охорони здоров'я. Кандидатури викладачів загально-освітніх закладів органи охорони здоров'я погоджують із органами наросвіти.

7. Райздоровінспектор або секція охорони здоров'я сприяє та наглядає за прийомом до медтехнікуму, розглядає скарги на відмовлення в прийомі або з приводу звільнення слухачів протягом реченця навчання. Постанови райздоровінспектора або секції охорони здоров'я в цих питаннях є остаточні: їх може переглядати лише НКОЗ порядком нагляду.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Зав. сектора кадрів **Хармандар'ян**

(Розпор. НКОЗ з 10 листопада 1930 р.)

САНЕПІД. САНОСВІТА

261. Про ліквідацію натуральної віспи

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (РЗІ) та секцій охорони здоров'я. Копії: до Наркомздоров'я АМСРР, МСУ Дніпробуду, МСУ Тракторобуду

Захорuваність на натуральну віспу на Україні останніми роками поступово зменшувалася, але останніми місяцями вона знову збільшується. 1929 року було зареєстровано 59 випадків, проте за 6 місяців 1930 р. було вже 34, тоді як за ті самі місяці 1929 р. було лише 19 випадків. Поруч цього помітно, що захорування розсіяні майже по всіх районах республіки; така розповсюдженість захорувань вказує на десимінацію вируса, що загрожує вибухом натуральної віспи по різних місцях України. Через те, що постановка справи віспощеплення не цілком достатня, безумовно є значні групи населення, яким своєчасно не зробили щеплень. Такі особи можуть бути за матеріял для масової захоруваности на натуральну віспу.

Таке становище вимагає від органів охорони здоров'я піднесення уваги до справи віспощеплення, бо це править за єдиний вірний засіб попередити захорuваність і цілком ліквідувати натуральну віспу в республіці. Загальне настановлення в цій справі повинно бути н а п о в н у л і к в і д а ц і ю н а т у р а л ь н о ї в і с п и д о к і н ц я п'я т и р і ч к и, цим напрямком треба керувати всю роботу щодо віспощеплення.

На підставі вищенаведеного НКОЗУ пропонує таке:

1. Правильно організувати справу віспощеплення в районі та місті, керуючись існуючими законодавчими актами та інструкціями НКОЗ, а саме:

а) постанова РНК УСРР „Про обов'язкове віспощеплення" від 30-І 1926 (Зб. Узак. УСРР 1929 р. № 6, арт. 50; (Сборник действующего законодательства по медико-санитарному делу УССР, изд. 1926 г.");

б) інструкція від 31 березня 1927 р. „Про переведення обов'язкового віспощеплення" (Зб. Уз. Уряду УСРР 1927 р. від II, № 16, § 75 та бюлетень НКОЗ 1928 р. № 6),

2. До справи боротьби з віспою треба притягти громадську увагу, для чого розгорнути саносвітню роботу поставити низку доповідів у відповідних організаціях, висвітлювати це питання в пресі тощо.

3. Треба мати повний штат віспощепіїв не менш за той, що встановлено за існуючим законодавством, а саме 1 віспощепій на район, а по містах 1 на 30.000 населення (постанова РНК з 1 червня 1930 р. „Про санітарні органи Республіки"), причому віспощепі повинні бути постійними робітниками й перебувати на роботі протягом всього року.

В разі, коли немає повного штату віспощепіїв, або вони сезонові, треба зараз же поставити це питання й добитися збільшення асиґнувань на цю справу.

4. До справи провадження віспощеплень треба притягти дитячі консультації, ясла, поліклініки й амбуляторії, використавши їх максимально.

5. Переводячи щеплення віспи тим групам, що їх вказано в декреті (немовлята і повторні 7, 14 і 20 років), треба звернути особливу увагу на дітей, що організовані в колективи (ясла, майданчики, школи тощо), а також на прибуле населення (нові робочі маси, переселенці тощо).

6. Є випадки недосить уважного ставлення до правильної діягностики натуральної віспи: замість вітряної діягностують натуральну й навпаки. Тому треба ретельно перевіряти діягнозу кожного випадку віспи; діягноза повинна бути виключно лікарська.

В разі неподиноких випадків та будь-яких сумнівів треба вирішати питання консультативно з іншими лікарями та епідеміологом.

В разі можливости та потреби з'ясувати діягнозу ляборатoрним засобом.

7. У справі боротьби з віспою—найважливішим пактом є налагодження обліку контингентів, що підлягають обов'язкому щепленню та обліку самого щеплення. Цей облік треба організувати, складаючи списки народжених за даними ЗАГС'ів і списки осіб 7, 14 і 20 років за даними РВК і міськрад. Щодо обліку щеплення, то таке треба організувати за картками встановленої форми.

8. Про кожний випадок натуральної віспи треба повідомити НКОЗ телеграфно, а також надіслати до НКОЗ (сан. епід. група) заповнену картку реєстрації а епідеміологічного обстеження випадку.

9. У разі появиться натуральна віспа, безумовно потрібно терміново вжити рішучих заходів, а саме: ізолювати хворого, дезинфікувати помешкання і зробити віспощеплення в цій оселі всьому населенню.

10. За всією справою віспощеплення повинно організувати відповідний лікарський контроль так за роботою віспощепіїв взагалі (розподіл роботи, облік її, техніка щеплення), як і особливо за перевіркою щеплень: лікарі повинні перевіряти не менш 25% щеплень.

11. Про вжиті заходи, а також про всі перешкоди в роботі повідомте НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Інспектор-епідеміолог **Нонevіч**

(Об. розп. НКОЗ ч. 324-12 з 30 листопада 1930 р.)

262. Про боротьбу з паразитарними тифами *)

До всіх райздоровінспекторів, секцій охорони здоров'я і санбакінститутів. Копії: НКОЗ АМСРР, МСУ Дніпрельстану, МСУ Тракторобуду

Становище Республіки щодо паразитарних тифів, зокрема висипного, є небезпечне. В низці місць уже спостерігаються значні вибухи висипного тифу. Все це поруч помітної завошивлености населення покладає на органи охорони здоров'я обов'язок негайно вжити рішучих заходів до попередження можливих вибухів і боротьби з ними.

Тому НКОЗ пропонує вам, не гаючи часу, поставити в РВК або міськраді питання про попередження паразитарних тифів. Особливо це треба зробити там, де був уже хоч би один випадок тифу.

Всю роботу по боротьбі з паразитарними тифами треба організувати в порядку бойового завдання. Треба мобілізу-

*) Розіслано місцям 18 грудня 1930 р. — Ред.

вати навколо цього питання увагу радянських і громадських організацій. Треба широко використати метод ударництва, соцзмагання і бриґадної роботи.

Вам належить зараз же поставити перед надзвичайною комісією по боротьбі з епідеміями завдання скерувати її роботу найближчим часом на боротьбу з висипним і поворотним тифами. Там, де надзвичайні комісії не працюють, їх треба зараз же організувати.

Під справу боротьби з паразитарними тифами треба підвести реальну матеріяльну базу, для чого на протиепідемічні заходи треба негайно виділити певний фонд з місцевого бюджету, а також фонду допомоги застрахованим. До фінансування справи боротьби з паразитарними тифами й плянових заходів треба притягти також кошти промисловости й кооперації, самооподаткування й громадських організацій, зокрема УЧХ і ДД.

НКОЗ категорично вимагає, щоби боротьба з паразитарними тифами переводилась, як це передбачено за законом, за місцеві кошти та додаткові асиґнування РВК і міськрад. Лише за розвитку значної кількости захорувань та після того, як буде вичерпано всі місцеві бюджетові й позабюджетові кошти, можна ставити перед НКОЗ питання про відпуск дотації з державного центрального епідфонду (досить обмеженого).

Конкретно роботу треба сплянувати на те, щоб реалізувати всі ті заходи, що забезпечують успішну боротьбу з масовою вошивістю.

Не можна тут ні в якому разі обмежитися одноразовою санітарною обробкою; треба виробити систему постійних заходів до обезвошивлення.

Щоби здійснити це завдання — треба в першу чергу використати всі лазні так комунальні, як і промислові, забезпечивши їх паливом, персоналом і т. інш., з розрахунку їхнього максимального навантаження й безперебійної роботи. Через те, що подекуди лазні не працюють, бо вони дефіцитні, треба обов'язково налагодити безперебійну роботу їх, покриваючи дефіцит із інших джерел (спеціяльних асиґнувань РВК або міськради чи епідфонду).

НКОЗ попереджує, що у всіх випадках, коли буде виявлено, що існуючі лазні не працюють, НКОЗ буде винних осіб притягати до відповідальности.

По місцях, загрозливих на паразитарні тифи, санітарні лікарі повинні взяти на облік всі лазні і душеві установки, встановити дні й години їхньої роботи, чергування в користуванні лазнями різних груп населення тощо; подбати про безкоштовне або здешевлене користування лазнями для різних груп населення, невпинно стежити за санітарним утриманням лазень і душевих установок.

Зокрема щодо промислових підприємств і радгоспів, то треба категорично вимагати на підставі закону 20-III 1929 р. організувати протягом 2—3 декад санітарно-ізоляційні пункти *).

Там, де немає постійних лазень, треба негайно організувати тимчасові в формі рухомих лазнево-пральневих загонів, або примітивних лазень, що їх можна відкрити в першій-ліпшій хаті, або іншому пристосованому помешканні.

Одночасно треба енерґійніше й жвавіше, ніж досі, поставити питання про будівництво і пристосування мережі постійних лазень так у містах, як і по селах.

*) Цей закон надруковано в „Збірникові розпоряджень" у справах охорони здоров'я, який розіслано всім РЗІ та міськрадам (стор. 52).

Поруч забезпечення людности лазневими установами вам належить потурбуватися про організацію масової дезинсекції речей. Для цього треба взяти на облік, привести в належний вигляд та максимально використати всі дезинфекційні й дезинсекційні установки, а також негайно організувати примітивні дезинсектори при лікарнях, санітарних станціях, сан. ізоляційних пунктах, в місцевостях, що небезпечні на паразитарні тифи тощо.

Такі дезинсектори можуть бути або у вигляді сірчаної кімнати або сухо-повітряної камери.

Особливу увагу в справі санітарної й дезинфекційної обробки треба звернути в першу чергу на небезпечніші групи; такими є зараз прибулі робітники на підприємствах і в радгоспах, що мали можливість заразитися в дорозі, учні, бо останні епідемії дають значний відсоток дітей шкільного віку; місця позбавлення волі, різні гуртожитла, нічліжні будинки.

Зокрема щодо школярів та там, де є лазні, треба відокремити спеціяльні дні й водити школярів організованим порядком; де немає лазень,— треба організувати це в школі.

На промпідприємствах треба звернути увагу на спецодяг.

Щоб мати можливість в разі потреби швидко ліквідувати вибухи паразитарних тифів, не припускаючи їхнього поширення, треба організувати термінові повідомлення від медустанов, санлікаря або здоровінспектора про всі випадки так із встановленою діягнозою, як і підозрілих. Винних у несвоєчасному повідомленні притягати до відповідальности згідно із законом. Всі сан.-бак. лябораторії повинні широко практикувати реакцію Вейль Фелікса, при чому негайно інструктувати лікарів про те, як треба брати і пересилати кров для реакції.

В разі виникнуть захворування на висипний або поворотний тиф, ви повинні, як обов'язковий мінімум, вжити таких заходів:

1) Обов'язково шпіталізувати всіх хворих; в разі бракує інфекційного відділку,— можна й в соматичній лікарні за умови відповідної санітарної обробки всіх хворих, що лікарні. В разі потреби за рахунок зменшення контингентів інших хворих.

2) Речі хворого обов'язково дезинсикувати (винищувати вошей та інших комах).

3) В квартирі або хаті хворого обов'язково дезинсикувати всі речі й помешкання.

4) Провадити санітарну обробку всіх тих осіб, що стикалися з хворим; (миття, стрижка і дезинсекція речей — білизни та одягу).

5) Провадити епідеміологічне дослідження кожного випадку, маючи на меті вживати належних заходів і поза квартирою хворого.

6) Обов'язково повідомляти НКОЗ телеграфом кожного 2 і 17 числа про рух захворувань на паразитарні тифи; в разі виявлення значного вогнища (біля 5 випадків)—повідомляти негайно.

7) По всіх райцентрах і при секціях охорони здоров'я негайно утворити запас епідемічного майна й виділити резерв персоналу.

Всю роботу по ліквідації паразитарних тифів треба ув'язати з відповідними сан.-бак. інститутами і міжрайоновими санстанціями, повідомляючи їх про рух захворувань, опрацьовуючи з ними плянові заходи, викликати для консультації й сприяння.

Треба здійснювати громадський контроль і перевірку заходів боротьби з паразитарними тифами, надсилаючи відповідні бриґади.

Категорично пропонується до боротьби з паразитарними тифами, притягти ввесь медперсонал району або міста під загальним керівництвом сан. лікарів.

Особисту відповідальність несуть:

1) райздоровінспектори та голови секцій за своєчасність заходів щодо попередження і боротьби з паразитарними тифами, за асиґнування для цього, за мобілізацію коштів і за притягнення до цього питання масової самодіяльности населення;

2) санлікарі (рай-міські епідеміологи)—за плян організації та здійснення всіх потрібних протиепідемічних заходів;

3) лікарі амбуляторій, поліклінік, допомоги вдома — за ранню діягностику, термінове повідомлення, організацію попередніх санітарних і протиепідемічних заходів на місці захворування і своєчасну шпіталізацію;

4) лікарі по лікарнях — за обов'язкову шпіталізацію хворих, за повну санобробку, за вошивість по цих установах, за внутрілікарняні зараження і виписку після належного терміну;

5) лікарі ОЗДП — за своєчасну ізоляцію хворих і підозрілих дітей та за вжиття по школах потрібних заходів, зокрема щодо боротьби з вошивістю;

6) сан.-бак. інститути — за керівництво місцями в справі епідемічних обстежень, ляботаторної діягностики і постановки дезинфекції і дезинсекції.

У всіх випадках, коли боротьба з паразитарними тифами, зустрічатиме на місцях серйозні перепони, а тим більш опір, негайно звертатися до НКОЗ, який через урядові органи й генеральну прокуратуру вживатиме найсуворіших заходів до осіб і організацій, винних у тому, що вони не сприяють органам охорони здоров'я у такій відповідальній справі, як боротьба з паразитарними тифами.

Заст. Наркомздоров'я **Кустолян**

Інспектор-епідеміолог **Нонєвіч**

(Об. розп. НКОЗ'у ч. 323-15 з 18 грудня 1930 р.)

263. Про роботу промсанлікарів

До секцій охорони здоров'я міськрад та Райзі

Ціла низка відомостей, що їх одержують НКОЗУ, свідчать про те, що в деяких місцях промсанлікарі використовуються на загально-санітарній та роботі по харчовому догляду тощо. Таке становище проводить до того, що промсанлікар відривається від своєї основної роботи по виявленню профшкідливостей та боротьби з ними.

В наслідок цього, не менш важливі ділянки, які повинен обслуговувати промсанлікар, відповідно до своїх функцій, залишаються необслуговуваними і фактично промсанеогляд не здійснюється.

Треба підкреслити, що основні завдання промсанорганізації є вивчення причин профзахворуваности та боротьба з причинами, що ці причини викликають, себто місце промсанлікаря безпосередньо на виробництві, як такому і відрив на довгий час промсанлікаря на іншу роботу зриває його роботу, гальмує саме існування промсанорганізації.

Оуже пропонується вжити заходів, щоб:

а) Переключити промсанлікарів повністю на роботу по промсанітарії на плянове вивчення профшкідливостей на підприємстві.

б) Посилити від секцій охорони здоров'я та РЗІ увагу до правильного напрямку роботи промсанорганізації, відповідно до її функцій.

в) Не доручати, як правило, промсанлікарям роботи із загальної санітарії, харчового догляду та інших спецвидів санроботи без попереднього дозволу сектора науки, санкультури та побуту.

Про заходи, що вживете, прохання повідомити.

Цей обіжник треба розповсюдити поміж всіма профзахбюрами та промсанлікарями.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Заст. керівника сектора науки, санкультури та побуту **Трахтман**

(Об. розп. НКОЗУ з 31 грудня 1930 р. ч. 325-01)

263-а. Про санітарну оцінку доброякісности рибкраму

(Окремо не надіслано)

До всіх райздоровінспектур, до секцій охорони здоров'я, до медсанупрів, Водсанупрів. Копія до НКОЗ АМСРР. До всіх міжрайонних санстанцій

Останнім часом спостерігається велика кількість непорозумінь поміж органами місцевого санітарного догляду та організаціями, які заготовляють та розподіляють рибу з приводу бракування її. Це пояснюється не тільки тим, що від останніх спостерігаються випадки постачання населення недоброякісними рибкрамом, а часто-густо й тим, що санітарні лікарі, а також деякі лябораторії переводять санітарну оцінку доброякісности риби більш на підставі суб'єктивної оцінки, недосить обґрунтовуючи цю оцінку потрібними об'єктивними даними лябораторного дослідження.

Таке ставлення до оцінки доброякісности рибкраму призводить до випадків знищування риби, здатної для їжі.

НКОЗ вважає за зовсім неприпустиме, коли нищаться здатні харчові продукти, в яких почувається гостра потреба, а тому категорично пропонує, ні в якому разі не послаблюючи санітарного догляду, досить уважно ставитись до санітарної оцінки риби, покладаючи в основу оцінки доброякісности риби поруч органолептичних визначень, й дані лябораторного дослідження районової, міської, а коли потрібно, й міжрайонової лябораторії. Треба не бракувати в цілому рибу, коли тільки частина її зіпсована, а давати вказівки щодо належної переборки риби.

Наркомздоров'я УСРР **Канторович**

Кер. сектора санкультури та побуту **Я. Ліфшиц**

(Об. розп. НКОЗ ч. 432-10 з 10 грудня 1930 р.)

ЗАТВЕРДИВ: Наркомздоров'я
С. Канторович
4 грудня 1930 р.

264. Положення

про масовий університет при науковому інституті НКОЗ УСРР

(Окремо не надіслано)

1. Масові університети, що утворюються при наукових інститутах НКОЗ УСРР, мають на меті піднести санітарно-культурний рівень пролетарських мас та утворити актив трудящих, з якого органи охорони здоров'я черпали б свої сили, втягуючи підготовлені кадри в будівництво охорони здоров'я.

2. Масові університети утворюються при кожному з наукових інститутів НКОЗ УСРР.

3. Масовий університет має своїм завданням санітарне навчання та виховання широких кіл трудящих, для чого широко оголошується прийом робітників, робітниць і дружин робітників віком з 18 до 55 років, не ставлячи до них вимоги щодо спеціяльних відряджень до організацій, або наявности в них якогонебудь певного рівня знань: потрібна тільки загальна грамотність.

Університет власним коштом постачає слухачів літературою і письмовим приладдям, потрібними для проходження курсу.

4. Масовий університет кожного окремого наукового інституту відкриває прийом для широких трудових кіл взагалі, але вживає особливих заходів, щоб притягти ті кола, що можуть в даному інституті здобути особливий зв'язок із своїми життєвими інтересами: наприклад: жінок робітників притягується в масовий університет при інституті охматдиту; індустріяльних робітників — до університету при ін-ті патології та гігієни праці; робітників установ громадського харчування — до ін-ту харчування й т. інш.

5. Учбовий матеріял, що його викладається в масовому університеті, повинен переважно містити в собі питання спеціяльности даного інституту, але водночас і питання загально-освітнього характеру, як от: політичного, біологічного, світознавства, санітарно-гігієнічних знань (загальні питання оздоровлення праці й побуту).

6. Викладання в масовому університету повинні провадитися порядком циклів: а) цикль політики радянської охорони здоров'я; б) цикль біології; в) цикль світознавства; г) цикль оздоровлення праці й побуту; д) низку циклів за фахом даного інституту (наприклад — по інституту охматдит — питання догляду немовлят, цикль виховання дітей до-

шкільного віку та інш.), причому питання, зазначені в п. п. а, б, в, г, д — правлять за загальну базу підчас проходження спеціяльних циклів.

7. Кожний слухач в масовому університету вибирає собі цикль, або декілька циклів, які хоче, слухача не треба обмежувати щодо кількости циклів, але треба дбати, щоб одночасне перебування на декількох циклях не було на перешкоді правильному проходженню цих циклів.

8. Заняття в масовому університеті провадяться переважно ввечері, або в інший час, придатний для інституту й для слухачів.

9. Заняття в масовому університеті провадять наукові робітники інституту, а також сторонні викладачі, яких запрошується в разі потреби.

Увага. Штатні робітники інституту організують роботу в університеті в порядкові самодіяльности, ударництва й соціялістичного змагання.

10. За систему викладання в масовому університеті правлять: популярні лекції, бесіди, семінари, демонстрації наочних прилад, музейних експонатів, соціяльних (за темою) виставок, кіно-фільм, діяпозитивів проєкційного ліхтаря, екскурсії до відповідних установ, вечори запитань та відповідей та інш.

Перевагу треба віддавати активним методам викладання перед пасивними, до яких належить особливо лекційна метода.

До початку занять ознайомлюються із слухачами, щоб розподілити їх на однорідні за рівнем знань групи. Облік знань провадиться в процесі самого викладання, але не через іспити тощо.

Масовий університет користує з усіх наявних в інституті установах, що можуть служити меті викладання (музеї, вистазки, книгозбірні, авдиторії тощо). але можуть, поряд розвинення університету, придбати собі власні установки, якщо поширена діяльність університету перешкоджатиме правильному ходу роботи самого інституту.

11. Тривалість циклів в масовому університету залежить від особливости курсу та ступеня можливої інтенсивности занять.

12. Особи, що закінчують масовий університет, отримують відповідне свідоцтво про це.

Усі слухачі масового університету, а також особи, що скінчили його, перебувають на облікові в органах здоровоохорони (по лінії організації громадської самодіяльности) з тим, щоб із них черпалися висуванці в апарат охорони здоров'я, робітники медично-санітарних установ, члени самодіяльних організацій в галузі охорони здоров'я (КОПП'и, санкомісії, секції охорони здоров'я міськрад тощо).

Крім того, ті, що скінчили масовий університет, набувають собі переважного права вступати в медВИШ'і, медтехнікуми тощо.

Структура масового університету

13. На чолі масового університету настановлюється директора (завідателя) і 2 помічників: а) в учбовій частині, б) в адміністративній.

14. Завідування масовим університетом покладається на завідателя відділку соціяльної патології інституту, а завідування учбовою частиною — на завідателя відділку санітарної освіти інституту.

15. При директорі існує рада масового університету, до складу якої входять — директор, його помічники, представники від слухачів, робітники підприємств зв'язаних із даним інститутом, викладачів, представники партійних організацій (аґітпроп), професійних (культвідділ профради, спілки Медсантруд), радянських установ (НКОЗ, місцеві здороввідділи) та суспільних організацій (Червоний Хрест, Тсоавіяхем.

Члени ради, представники підприємств і громадських організацій являють собою кільце, що зв'язує університет з масами, які він обслуговує, вони саме популяризують університет серед широких мас.

16. Функції ради масового університету є виключно дорадчі щодо галузі постановки вкладання (адміністративних функцій університет не має); до функцій, зокрема, належить розгляд і затвердження плянів робіт, плянів циклів тощо.

17. Головою ради є помічник директора в учбовій частині (завідатель відділку саносвіти інституту).

18. Масовий університет має власний бюджет, витрачаючи свої кошти на те, щоб придбати, ремонтувати та поповнювати учбове обладнання та приладдя, літературу для викладачів і слухачів, на поточні оперативні витрати, як: оплату праці сторонніх викладачів, оплату праці технічних робітників, що обслуговують університет (кіно-механик, препаратори та інш.); на оплату витрат, зв'язаних із викладанням: прокат кіно-фільм, витрат на екскурсії, друкування анкет, програм до лекцій, на обладнання приміщень (мебля для авдиторій, лябораторій, для виставок і демонстрацій учбового матеріялу та інш.).

Прибуткова частина бюджету складається із спеціяльних асиґнувань Наркомздоров'я а також асиґнувань професійних, громадських, кооперативних та інших організацій, а також

із сум прибутків, що дають ріжні міроприємства, як платні вечори, концерти, лекції, видання та інш. на користь університету.

19. Щоб популяризувати масовий університет та його працю, щоб притягти до нього слухачів і допомогу від пролетарської суспільности, масовий університет провадить популяризаційну роботу в пресі (загальній та спільній: інститутській і заводській) влаштовує доповіді адміністрації та слухачів на підприємствах і в культустановах; доповіді радіом; доповіді в секціях міськради, профорганах тощо. Університет влаштовує також підчас роботи та після неї широкі конференції, на яких спільно із своїми слухачами дає звіт та обговорює в порядкові самокритики перед широкими громадськими колами постановку роботи в масовому університеті.

20. Робота в масовому університеті підлягає спеціяльному вивченню щодо ефективности її та методики роботи.

21. Загальне керівництво масовим університетом в межах даного міста належить Бюрові наукових інститутів Наркомздоров'я.

Масові університети можна утворювати при кожному інституті окремо, або як єдиний загальний університет, що має спеціяльні філії при окремих інститутах.

Від редакції: Згідно з відомостями сектора науки НКОЗ, масові університети утворюються при таких інститутах НКОЗ: Київському — ОЗДП, Харківському інституті, санкультури, Одеському Тубінституті, а також Харківських інститутах— венерологічному, патології та гігієни праці, а також інституті харчування.

ОХМАТДИТ

265. Про застосування закону щодо колективізації дитячого побуту

До всіх райвиконкомів та міськрад, виділених в окремі адмін.-госп. одиниці. Копія до НКОЗ АМСРР

НКОЗУ пропонує вам негайно приступити до виконання закону від 5-III 1930 р. „Про заходи колективізації й оздоровлення дитячого побуту".

Переводячи цю роботу треба керуватись нижченаведеною інструкцією. Треба широко популяризувати серед трудящих цей закон та всі міроприємства, що ви провадитимете на здійснення цього закону.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 331 — 24 з 14 грудня 1930 р.).

Як застосовувати постанову ВУЦВК'у і РНК УСРР (з 5 березня 1930 р.) про заходи колективізації й оздоровлення дитячого побуту

(Інструкція НКЗдоров'я та НКОсвіти УСРР)

На підставі арт. 36 постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР з 5 березня 1930 року „Про заходи колективізації й оздоровлення дитячого побуту" (Зб. Уз. УСРР 1930 р. п. 7 арт. 83). НКО і НКОЗ постановили на розвиток та на застосування цієї постанови затвердити нижченаведену інструкцію:

1. Асиґнування на оздоровчі заходи дітей, передбачені арт. 3 постанови, повинні скласти не менш 10% суми, що відраховують державні й кооперативні, промислові, комунальні та сіль. господарчі підприємства на утримання дитячих ясел і дитячих садків.

2. Підприємства й організації, надаючи на підставі п. „б" арт. 4 цієї постанови, приміщення під ясла для немовлят робітниць, щоб дати їм змогу годувати своїх дітей, повинні розраховувати, що одне ліжко в яслах для немовлят призначається на кожні 25 робітниць. Коли на підприємстві роботу провадиться декількома змінами, потрібна кількість

ліжок в яслах для немовлят вираховується відповідно до тієї даної або вечірньої зміни, де працюють жінки найбільше.

Сільсько-господарські підприємства повинні надавати відповідне приміщення під ясла і дитсадки при наявності в радгоспі 200 постійних робітниць і жінок постійних робітників.

3. Розмір відрахувань на дитячі ясла, садки й оздоровні заходи, передбачений арт. 7 постанови, з фонду поліпшення побуту робітників і службовців треба встановлювати відповідно до питомої ваги жіночої праці на даному підприємстві, а саме — таким розрахунком:

Проц. жінок до всієї робочої сили в промисловості	Проц. відрахувань з фонду поліпшення побуту робітн.
До 10	5,0
Від 10 до 20	6,0
„ 20 „ 30	7,0
„ 30 „ 40	8,0
40 і більше	10,0

В разі, коли розмір відрахувань, що провадиться за чинним законодавством з фонду поліпшення побуту робітників і службовців на житлове робітниче будівництво, не дає можливости додержуватись вищенаведеного розрахунку, то відрахування на дитячі ясла в такому випадку треба провадити яко мога в максимальному розмірі.

4. Коли житлові кооперативи у випадках, передбачених арт. 8 постанови, не мають можливости надати окремі приміщення під ясла і дитячі садки, дозволяється організовувати спільну дитячу установу (ясла-дитсадок), відокремлюючи дітей до 4 років в одну або декілька груп, залежно від їх кількости в дитустанові.

Так само припускається будівництво однієї такої дитячої установи (ясел-дитсадка) з розрахунку на рівну кількість дітей переддошкільного і дошкільного віку, коли коштів житлокоопів недосить для збудування окремого приміщення під ясла і дитсадок, щоб не будувати приміщень під дрібні дитячі установи (менш за 25 дітей).

Кошти житлових кооперативів для будівництва дитячих ясел і садків можна об'єднувати з коштами на цю мету інших організацій і підприємств, місцевих рад тощо, щоб збудувати більш і кращі приміщення для дитячих установ перш за все в районах оселення промислового пролетаріяту. Таке об'єднання коштів житлокоопи можуть провадити, порозумівшись з відповідними профспілками, НКОЗ и НКО УСРР.

5. Кошти, асиґновані кооперативними організаціями на підставі арт. 10 постанови на організацію й утримання дитячих ясел, садків, а також для оздоровчих заходів для дітей, розподіляється таким порядком:

1) на організацію а утримання дит. ясел — 40%
2) „ „ „ „ „ садків — 40%
3) на масові оздоровчі заходи для дітей шкільного віку — 20%.

Кошти кооперативних організацій, що асиґновуються на справу й оздоровлення дитячого побуту на підставі арт. 10 постанови, виділяються починаючи з обороту, або зиску цих кооперативних організацій 1929-30 бюджетного року.

6. Суми, передбачені арт. 11 цієї постанови на будівництво приміщень під дитустанови в сільських колективних господарствах, розподіляє Укрколгосп централізованим порядком поміж окремими колективами для збудування відповідних приміщень під дитячі установи за погодженням з НКОЗ та НКО.

Увага. Коли коштів однієї кооперативної організації не вистачить для самостійного утримання дитзакладу, треба їх об'єднувати з коштами інших кооперативних або громадських організацій для спільного утримання дитзакладу.

7. Кошти, що відраховують професійні організації на підставі арт. 12 постанови для установ наросвіти, треба також частково витрачати і на заходи гігієнічного обслуговування школярів. Розмір відрахувань на цю справу органи НКО погоджують з органами НКОЗ за належністю.

Витрати для приміщень під ясла, дит. садки й дитячі оздоровчі заходи в побудованих клюбних приміщеннях повинні становити не менш 5% загальної вартости будівлі клюбу.

8. Кошти, що їх передбачено в арт. 13 цієї постанови, розподіляють органи охорони здоров'я так, що на утримання ясел надходить 5%, а на утримання оздоровчих закладів — 2% з республіканського, округового та транспортового фондів меддопомоги застрахованим.

9. Всі кошти, призначені за цією постановою на утримання дитячих ясел, садків і дитячих оздоровних закладів, в разі неможливости їх організувати за браком приміщень, витрачається на будівництво відповідних приміщень для ясел, садків і оздоровних дитячих закладів поверх сум, асигнованих вже на цю мету за вказівкою в законі; витрачання коштів замість утримання дитячих ясел, садків і оздоровних закладів на їх будівництво в жодному разі не повинно провадити до скорочення основних сум, асигнованих на будівництво дитячих установ за законом.

10. Місячна платня за утримання дітей по яслах і дитсадках встановлюється за таким розрахунком. Розмір платні в дитустановах визначається залежно від заробітку батьків та складу їхньої родини, а саме:

Розмір місячної платні в яслах і дитсадку, що її визначено у відношенні до бюджету сім'ї:

Бюджет сім'ї на місяць	Кількість членів сім'ї (всього)				
	2 ч.	3 ч.	4 ч.	5 ч.	Більш за 5 ч.
До 100 карб.	без	пла	тно		
Від 100 карб. до 125 карб. включно	3%	2%	Без	пла	тно
Від 126 до 150 карб.	4 „	3 „	2%	Безпла	тно
Від 151 до 200 карб.	5 „	4 „	3 „	2%	1%
Від 210 до 250 карб.	6 „	5 „	4 „	3 „	2 „
Більш за 250 карб.	7 „	6 „	5 „	4 „	3 „

Примітка: 1) платність в яслах поширюється так на дітей, що знов прибувають в ясла, дитсадок, як і дітей, що вже відвідують одну з зазначених дитустанов.

Примітка: 2) платню за немовлят (цебто за дитину до 1 року) в яслах справляють у половинному розмірі по шкалі платні.

Шкала платности в масових оздоровних установах (майданчиках) міста й робітничих селищах:

Бюджет сім'ї на місяць	Кількість членів сім'ї (всього)				
	2 ч.	3 ч.	4 ч.	5 ч.	Більш за 5 ч.
До 100 карб.	б е	з п	л а	т н о	
Від 100 до 125 карб.	3%	2%	Б е з	п л а	т н о
Від 126 до 150 карб.	6 „	4 „	2%	Без	платно
Від 151 до 200 карб.	9 „	7 „	5 „	3%	2%
Від 201 до 250 карб.	12 „	10 „	8 „	6 „	4 „
Більш за 250 карб.	14 „	12 „	10 „	8 „	6 „

Оздоровколонія та денний санаторій:

Бюджет сім'ї на місяць	Кількість членів сім'ї (всього)				
	2 ч.	3 ч.	4 ч.	5 ч.	Більш за 5 ч.
До 100 карб.	Б е	з п	л а т	н о	
Від 100 до 125 карб.	6%	4%	Б е з	п л а т	н о
Від 126 до 150 карб.	12 „	8 „	4%	Без	платно
Від 151 до 200 карб.	18 „	14 „	10 „	6%	4%
Від 201 до 250 карб.	24 „	20 „	16 „	12 „	8 „
Більш за 250 карб.	28 „	24 „	20 „	16 „	12 „

11. Щороку за 3 місяці з початку бюджетового року відповідні секції сільських, селищних та міських рад складають пляни на здійснення заходів колективізації й оздоровлення дитячого побуту на наступний рік за рахунок тих коштів, що надходять безпосередньо до їхніх фондів, а також за рахунок тих коштів громадських, кооперативних та професійних організацій відповідного значення, що лише ураховуються по відповідних фондах відповідно до арт. 35 вищезгаданого закону.

Увага 1. Пляни на здійснення заходів щодо колективізації й оздоровлення дитячого побуту складаються окремо по лінії охорони здоров'я й по лінії народньої освіти.

12. Пляни ці, так в прибутковій, як і в видатковій частині мають три розрізи по горизонталі:

1) кошти, що безпосередньо надходять до фонду;

2) витрати установ і підприємств натурою (комуслуги, будівництво, ремонт);

3) кошти кооперативних, громадських і професійних організацій, що тільки ураховуються, але не надходять до фондів.

13. У видатковій частині витрати зазначаються також по установах (ясла, садки, оздоровні заходи) з визначенням показників; кількість ясел, кількість ліжок в них, кількість садків, майданчиків, кількість дітей в них.

14. Вищенаведені пляни після затвердження їх комісіями, які вказані в арт. арт. 32—34 постанови ВУЦВК і РНК з 5-III—30 р. надсилаються секціями сільських, селищних та міських рад, що не уявляють собою окремих адміністративно-господ. одиниць, до райвиконкомів за належністю. Секції сільських та селищних рад, що підлеглі міським радам, які являють собою окремі адміністративно-господарчі одиниці, надсилають свої пляни до відповідних секцій міськрад.

Райвиконкоми й міськради, відокремлені в окремі адміністративно-господарчі одиниці, за належністю зводять всі ті окремі пляни зі своїм пляном, що складається за тим самим зразком і подають на затвердження до районової або міської комісії що розподіляє фонди. Зведені пляни після їх затвердження надсилаються до Наркомздоров'я і Наркомосвіти по належності.

15. Відрахування, що вказані в п. 3 постанови ВУЦВК'у з 5 березня ц. р. переводяться всіма переліченими в цьому пакті установами й підприємствами та вносяться водночас зі сплатою внесків на соцстрах, на окремі біжучі рахунки фондів в ті кредитові установи, що виконують відповідні бюджети.

Увага. Кооперативні організації безпосередньо витрачають (але за плянами, що розроблені від органів НКОЗУ та НКОС) лише ті кошти, що перелічені в п. 8 та 10 постанови ВУЦВК'у з 5-III-30 р., а відрахування, що вказані в п. 3 постанови (з фонду зарплатні) та п. 7 тієї ж постанови (з ФУБР'ів) кооперативні організації передають у відповідні фонди.

16. Всі установи та підприємства, що перелічені в п. 3 постанови незалежно від сплати відрахувань, обов'язані не пізніш 10 кожного місяця подавати до відповідних фінансових органів, що стежать за виконанням бюджету, відомості про відрахування на заходи колективізації та оздоровлення дитячого побуту.

17. Відповідні органи охорони здоров'я та освіти, спільно з громадськими організаціями, стежать за виконанням всіх затведжених за пляном заходів, незалежно від того, хто їх виконує.

18. Надходження до фондів колективізації та оздоровлення дитячого побуту й витрат з них, ураховується за відповідним бюджетом, але вони не являють приналежности його, а витрати, що проходять за бюджетом на такі самі заходи, не можуть скорочуватись за рахунок фондів.

19. Витрати коштів провадяться за пляном, що їх затверджено комісіями, на утримання установ і здійснення заходів щодо колективізації та оздоровлення дитячого побуту, в тому ж порядку, як і витрати за бюджетом; вони підлеглі тому ж контролю й на них поширюються всі правила щодо обліку й звітности бюджетових коштів, але решта коштів по фондах, що залишається до кінця бюджетового року, не перелічується в ресурси бюджету, а переходить на наступній рік.

Увага. Цільові асиґнування за державним і місцевим бюджетами залічуються до фондів колективізації та оздоровлення дитячого побуту й знеособлюються в них.

20. Щоквартально, не більш місяця після закінчення кварталу, відповідні фінансові органи охорони здоров'я й освіти ставлять свої доповіді в комісіях, що вказані в п. п. 33, 34, 35, 36 та 37 постанови ВУЦВК'у

з 5-III-30 р. про стан надходження до фондів колективізації й оздоровлення дитячого побуту, а кооперативні, громадські й професійні організації в тих самих комісіях ставлять доповіді про виконання своїх плянів.

Заст. Наркомосвіти **Кустелян**
Наркомздоров'я **Полоцький**

Погоджено:
Наркомфінансів: член колеґії **Горбенко**
ВРНГ Заст. голови **Гавеман**
Наркомземсправ: член колеґії **Підгаєць**
Наркомторговлі член: колеґії **Некрутенко**
ВУКС член: правління **Воронін**
Укрколгоспцентр: член правління **Кисілев**
Укржитлоспілка: член правління **Захаров**

266. Про заборону провадити штучні аборти в амбуляторній обстановці

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (РЗІ), міських рад (секцій охорони здоров'я), до всіх МСУ. Копія до НКОЗ АМСРР

До групи охматдиту НКОЗ надходить багато запитань з периферії, чи можна переводити аборти амбуляторно.

НКОЗ з'ясовує, що переведення абортів дозволяється лише в стаціонарних лікувальних закладах з тим, щоб абортована жінка залишилась би обов'язково не менш, як 2 повних доби в лікарні на ліжку.

Переведення аборту вдома припускається лише в випадках потреби негайної медичної допомоги (при абортах з кровотечею) коли хвору не можна приставити до лікарні.

Переведення штучних абортів поза лікарнею, або в амбуляторній обстановці категорично забороняється.

Заст. Наркомздоров'я та керівник сектора медсанобслуговування **Кустелян**
Керівник групи охматдиту **Генкин**
(Об. розп. НКОЗ ч. 329—12 з 19 грудня 1930 р.).

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

267. Про організацію лікарської контролі та про порядок надання відпусток за тимчасовою непрацездатністю

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (РЗІ), міських рад (секцій ОЗ). До всіх страхкас

У зв'язку з переходом на систему районування, апарат лікарсько-страховий передбачається лише в тих міських та районних страхкасах промислового та напівпромислового типу, в яких кількість застрахованих перевищує 10.000. чол.

Отже, з поточного (жовтень-грудень) кварталу апарат лікарсько-страхової контролі встановлюється в таких міських, районних та транспортних страхкасах:

1) АМСРР, 2) Артемівській, 3) Алчевській 4) Амвросіївській, 5) Бердичівській, 6) Бердянській, 7) В.-Токмацькій, 8) Білоцерківській, 9) Вінницькій, 10) Горлівській, 11) Гришинській, 12) Дніпропетровській, 13) Дмитрівській, (Макіївка), 14) Дмитрівській, 18) Київській, 19) Кремінчуцькій, 20) Краматорській, 21) Костянтинівській, 22) Криворізькій, 23) Кадіївській, 24) Краснолуцькій, 25) Луганській, 26) Лисичанській, 27) Лубенській, 28) Мелітопільській, 29) Миколаївській, 30) Маріюпільській, 31) Нікопільській, 32) Одеській, 33) Полтавській, 34) Попаснянській, 35) Проскурівській, 36) Риківській, 37) Роменській, 38) Ровенківській, 39) Рубежанській, 40) Слов'янській, 41) Сорокінській, 42) Сталінській, 43) Сумській, 44) Уманській, 45) Харківській, 46) Херсонській, 47) Чистяківській, 48) Чернігівській, 49) Черкаській, 50) ДСК Півд.-Західн., 51) ДСК Дон. та Півден., 52) ДСК Катерин., 53) РВСК Дніпр. та 54) РВСК Черноморськ.

По всіх страхкасах, особливо в тих райстрахкасах, в яких не передбачено асиґнувань на організацію спеціяльного лікарсько-контрольного апарату, треба зосередити увагу на утворенні громадської товариської робітничої контролі, передусім через страхових делеґатів та взагалі через робітничий актив на підприємствах і через комісії оздоровлення праці й побуту (КОПІП'и).

Переводячи громадські форми контролі над наданням відпусток з тимчасової непрацездатности через хворобу—треба мобілізувати увагу широких верств так робітничої, як і лікарської суспільности, практикуючи систематично постановку на підприємствах та в установах спеціяльних доповідей страхкас з питань тимчасової непрацездатности та руху захворуваности; треба також вживати практики висвітлювання всіх цих питань в загальній та стінній пресі, а також організувати громадсько-показові суди на підприємствах над виявленими особливо злісними прогульниками й т. інш. Щодо важливішого завдання боротьби з прогулами, симуляцією тощо, яке набуває тепер особливого значення, слід керуватися директивами в цій справі, яких Наркомпраці та Наркомздоров'я надали в своєму листі з 27 жовтня ц. р. (див. бюл. 20—21).

В районах, де посад страхових лікарів не утворено, а тому не буде й лікарсько-контрольної комісії (ЛКК), порядок надання відпусток з тимчасової непрацездатности повинен бути такий, що його передбачено в інструкції НКОЗ та ГУСС'у НКТ з 19 липня 1929 р., а саме: лікувальники лікарі, за окремим списком, що його затверджують страхкаси, мають право одноособово надавати відпустки з тимчасової непрацездатности строком не більше, як на 15 день, але одноразово не більше, як на 5 день. На дальший, понад 15-денний строк, відпустку надається лише з відома та дозволу головлікаря лікустанови або уповноваженої на це особи, причому рішення про відпуску стверджується на місці непрацездатности підписами так головного, як і лікувальника-лікаря. При сумніві у наданні звільнення від роботи хворому лікувальник-лікар звертається до головлікаря й раніш 15-денного строку. За складних випадків головлікар притягає, як консультантів, лікарів-фахівців з того фаху, до якого дане захворування стосується. В лікустановах, що мають лише одного лікаря, останній одноособово вирішує справу про відпустки на потрібні строки або аж до видужання, або до встановлення сталої непрацездатности (інвалідности), для визначення та встановлення якої лікустанови та лікувальники-лікарі повинні своєчасно напрямляти застрахованих у відповідних випадках до міжрайоного БЛЕ *), яка обслуговує даний район.

*) Бюро Лікарської Експертизи.

Довгочасні відпустки за хронічних захворувань (так звані „профілактичні відпустки“) може надавати лише комісія лікарів у складі головлікаря, лікувальника-лікаря та фахівця за вказівкою головлікаря, строком не більш, як на 15 день, з причин загальних захворувань, а з причин туберкульози — не більш, як на 30 день. У лікустановах, що мають одного лікаря, профілактичних відпусток не надається, й тих, що потрібують цієї відпустки, напрямляють до тієї лікустанови в районі, що має право надавати профілактичні відпустки через комісії в вищезгаданому складі.

Під профілактичними відпустками треба розуміти такі, які дається після гострого захворування або операції, коли хворий не потребує систематичного лікарського спостереження або долікування, а лише відпочинку для повнішого одужання (реконвалесценти), а також відпустки, які надається, щоб запобігти дальшому розвиткові та загостренню хвороби за хронічних захворувань, при умові, що хворий був під довгочасним систематичним спостереженням лікустанови.

Скарга на рішення лікувальників-лікарів у районах, де лікарсько-страхової контролі не буде, подаються головлікареві відповідної установи; останній може призначити переосвідкування в консиліюмі лікарів, рішення якого вважається за остаточне.

Відпустки для санаторно-курортного лікування надається через ЛКК в районах, де вони є; щодо районів, де ЛКК організується, ці відпустки надається через курортно-відборчі комісії, які утворюються при великих лікувальних або лікпрофілактичних установах.

До складу курортно-відборчих комісій входять представники: райпрофбюра (голова), райздороввідділу та райстрахкаси, а також лікувальний лікар; останній з дорадчим голосом.

Відбір у цих комісіях так за медичними, як і за спеціяльними показанням, є остаточний; курортно-відборча комісія керується медичними показанням, що їх встановлює сектор соцстраху НКП за погодженням із НКОЗУ. Отже, в районах, де страхових влікарів не буде, також не буде й ЛКК; відкидається також принцип міжрайонних ЛКК, а тому слід рішуче припинити посилку хворих за десятки кілометрів до колишніх окружних міст на ЛКК, що й досі практикують деякі районні каси, бо це зайва витрата часу та коштів і обтяжить тільки застрахованих без ніякої потреби.

Член Колегії НКПраці, керівник сектора соцстраху **Раюшкін**
За Наркомздоров'я **М. Кустеляи**

(Об. розп. НКОЗ ч. 229—ЛП і НКП ч. 60230 з 19 грудня 1930 г.).

267. Про додержання норм наданої районам протезної броні

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів). До всіх міськрад (секції здоровохорони)

У зв'язку з тим, що низка районів надсилає інвалідів до Київського Протезного заводу для виготовлення протезів, не зважаючи на те, що броню вже використано до 1 лютого 1931 р., Наркомздоров'я пропонує припинити таку надсилку до 1 лютого 1931 р. Можна надсилати тільки таких інвалідів, що мають потребу приміряти, або одержувати вже готові протези. Крім раніш наданих районам норм, через колишні округові міста, протезних одиниць на окремий квартал 1930 р., на 1931 р., для застрахованих броню буде безпосередньо розподілятися но районах.

Заст. керівн. медсансектора — член колегії НКОЗУ **Сиротенко**
Інспектор спецвидів меддопоги **Граєвський**

(Об. розп. НКОЗ'у ч. 222 Л. П. з 21 грудня 1930 р.).

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Про форми зв'язку з периферією

Колеґія НКЗдоров'я ухвалила ряд важливих заходів, скерованих на посилення зв'язку з районами. Ось найголовніші з цих заходів:

1. Складається плян виїздів інструкторів НКОЗ у райони, причому на них покладається обов'язок поряд інспектування та обслідування стану роботи на місцях подавати конкретну допомогу місцевим робітникам участю в запровадженні накреслених заходів і пропозицій, **особливо ж дбаючи про перевірку того, як виконуються складені пропозиції.**

2. Обслідування на місцях мають іще здійснювати бриґади (за участю робітників із виробництва та медробітників — активістів, а також позаштатні інструктори ПКОЗ (місцеві випробовані фахівці, діячи охорони здоров'я та інш.).

3. Бюлетень НКЗдоров'я реорганізується в такий спосіб, щоб у ньому вміщувалося поряд офіційного матеріялу (директивних розпоряджень, обіжників) ще й і статті з питань політики організації охорони здоров'я, управління нею та інш.

4. Починаючи з січня 1931 року бюлетень переводиться на безплатність, надсилатиметься його всім медсанустановам і закладам УСРР.

5. Викликатимуть з місць райздоровінспектори, райсанлікарі і головлікарі для доповіді про їхню роботу, про їхні потреби та інш. в одній з підлеглих НКОЗУ установ влаштовується кілька гуртожиткових ліжок для товаришів, що викликатимуться на доповіді).

6. Усім секторам НКОЗ покладено за неодмінний обов'язок давати своєчасні відповіді на всі запитаня місць.

На перший квартал 1931 року передбачається викликати для доповіді інспекторів таких районів: Олевського, Словечанського, Кам'янецького, Каліниндорфського (євр.), Чугуївського (рос.), Манастирищенського, Козятинського, Карлівського, Варварівського, Кахівського, Петропавлівського, Златопільського, Чигиринського. Маловисківського, Горлівського, Нікопільського, Краматорського, Новоархангельського, Старобільського, Переяславського, Берегівського, Зельцського й Шполянського. Передбачено також заслухати доповіді секцій охорони здоров'я міськрад Кун'янської, Бердичівської та Київської.

2. Справа медсанобслуговування на Дніпрельстані стоїть негаразд

Обслідування стану медсанобслуговування робітників Дніпрельстану довело наявність багатьох хиб.

Наводимо тут частину найважливіших, що відмічені в акті обслідування:

1) Насамперед апарат медсануправління через особливість свого існування (підлеглість адміністрації будівництва) ще перебуває поза межами звичайної для решти установ радянської системи підпорядкованости громадській контролі. В апараті існують окремі структурні одиниці, недосить пов'язані одна з одною, щодо того ж не відповідають сучасним принципам будування радапарату (як існування окремого адмін.-господ. п/відділу).

2) Справа охорони материнства й дитинства перебуває в повному занепаді. На місці до останнього часу не було потрібної уяви про важливість цієї галузі роботи, через що навіть після запрошення окремого охматдитробітника не було спершу належного наслідку, бо підтримки останній не зустрів. Ще приклад: місцева Райрада РСЧ депутатів використувала на інші потреби ті кошти, що надходили на Охматдит.

3) Теперішня система фінансового забезпечення не дає можливости додержувати пляновість і бюджетову дисципліну у витрачанні коштів, також самі робітники не знають, в якому стані є на той або інший момент виконання бюджету.

4) Особливо негаразд стоїть справа забезпечення медсанустанов помешканнями (ясла, дитсадок, консультація, що на лівому березі, розташовані в непридатних приміщеннях). Через брак приміщень у лікарні „Бетанія" часто трапляються ускладнені випадки хірургічних захорувань.

5) Фінансові асиґнування на медсанбудівництво наступного року, не зважаючи на те, що кількість робітників має збільшитись мало не на 120 — 150%, збільшуються абсолютно непропорційно — тільки на 50%. Ця диспропорція, звичайно, призвела до зменшення пересічного розміру витрат на охорону здоров'я.

6) Через те, що санітарні заходи на Дніпрельстані провадилася незадовільно, будівництво перебуває ввесь час під загрозою розвитку епідемічних захорувань.

7) На будівництві, як і раніше, диспансерні методи роботи перебувають у незадовільному стані, а де в чому роботи майже не розпочато (напр. щодо диспансеризації тубхворих).

Підчас останнього обслідування було перевірено, як саме виконують Дніпрельстанівські медробітники пропозиції та практичні зауваження, що склала попередня комісія. Виявилось, що не виконано багатьох пропозицій (наприклад, про установку хлораторів на питтєвому водогоні лівого берега Дніпра, не вжито заходів, щоб питтєва вода не сполучалася з технічною; не усунено звалок, що містяться саме біля лікарні „Бетанія". Не організовано транспорту для перевозки інфекційних хворих; не утворено сан.-технічної ради та багато інших).

Колеґія НКОЗ відмітивши ці надто значні недоліки, що явно шкодять справі медично-санітарного обслуговування робітників Дніпрельстану, ухвалила низку важливих постанов. Наводимо тут найголовніші.

1. Піднести у відповідних інстанціях питання про те, щоб медично-санітарне управління Дніпрельстану, поставити під керівництво та безпосередній вплив Запорізької міської ради (секції охорони здоров'я), особливо зважаючи на те, що остання поширює свою роботу на обслуговування нового велетенського „Дніпробуду" та будівництво „Великого Запоріжжя.

2. Забезпечити через управління будівництва нормальний розвиток справи охорони материнства й дитинства на будівництві, вилучивши для цього потрібні кошти) не менш 15—20% загальних асигнувань). Водночас домогтись виконання управлінням будівництва вимог закону щодо відрахувань із фонду зарплати.

3. Темп ліксанбудівництва мусить бути такий, щоб до початку великих робіт на „Дніпробуді" останній мав нові будинки для поліклініки, лікарню на 500 ліжок та установи ОХМД на лівому березі.

4. Відповідно перебудувати структуру МСУ так, щоб справу боротьби з соціяльними хворобами відала лікувально-профілактична інспектура, справу шкільної санітарії — Охматдит та інш.

5. Самому МСУ запропонувати скласти та провадити в життя плян диспансеризації, кадрових груп робітництва.

6. Збільшити штат лікарів, що подають меддопомогу вдома.

7. Переробити нинішню систему платности зубопротезної допомоги, а також платні за вироби молочної кухні в розумінні диференціювання її (платні) залежно від заробітку тих, що звертаються за цими видами допомоги.

Дальші пропозиції говорять про вдосконалення карантинізації прибулих на виробництво, про поліпшення обліку захорувань тощо.

3. Випадки висипного тифу в Охтирському районі—наслідок нехлюйського ставлення райвику до санепідроботи

Надзвичайна Комісія в справах боротьби з епідеміями, довідавшись про загрозу висипного тифу, що виникла в Охтирському районі, негайно відрядила туди лікаря-епідеміолога, який провів обслідування стану захворувань на місці. Доповідь епідеміолога виявила багато ознак того, що Охтирський райвиконком недозволено байдуже поставився до справи запобігання небезпеці захорувань на висипний тиф. На місці виявилося, що район не потурбувався про завчасне придбання потрібних дезинфекційних та інших протиепідемічних засобів. Отже Надзвичайна Комісія удалася тепер до заходів карального чину.

Охтирському РВК'ові запропоновано негайно виділити кошти на протиепідемічну роботу, забезпечити передусім придбання пересувної дезинфекційної камери та лазнево-пральних загонів (пересувних).

Констатуючи, що помітне розповсюдження в районі захорувань на висипний тиф є наслідком злочинної бездіяльности місцевих організацій, насамперед самого Райвик'у, Надзвичайна Комісія звернулася до міжрайонового прокурора тов. Брона з клопотанням притягти Охтирський РВК до права.

Лікаря Ясинуватської медільниці за несвоєчасне подання відомостей про випадки захорувань на висипний тиф притягнено до карної відповідальности.

Водночас Колеґія звернулася до президії ВУЦВК'у та РНК УСРР з проханням, щоб місцям було складено телеграфні розпорядження про запровадження негайних запобіжних заходів боротьби з висипним тифом.

Наркомздоров'я звернувся до периферії з розпорядженням не давати санітарним та протиепідемічним робітникам відпусток, а також повернути з відпусток тих, що таку отримали.

4. Догани винним у занедбанні справи медобслуговування робітництва

Доповідь бриґади, що обслідувала стан медсанобслуговування робітництва Чистяківського, Ровенецького та Дмитрієвського районів у Донбасі (колишні Сталінщина й Луганщина) виявила низку значних дефектів у роботі медсанустанов та багатьох медробітників. Виявлено, що колишні окрздоровінспектури зовсім недосить керували районами, не-

перевіряли виконання завдань, зовсім не дбали про притягування господ. організацій, суспільности та широких робітничих мас до справи охорони здоров'я. Виявлено, що на місцях, не зважаючи на цілком конкретні та категоричні зауваження й практичні пропозиції багатьох обслідуватслів і бриґад, надзвичайно мало зробили, щоб перевести в життя постанову ЦК партії про медобслуговування робітників і селян.

Народній Комісар Охорони Здоров'я тов. **Канторовіч** наклав кари на окремих робітників, що керували до останнього часу справою охорони здоров'я та окремими її ланками.

1. **Тов. Рубіну** — колишньому окрздоровінспектору Луганської округи за недостатність інструктування округ на час ліквідації округи, через що на місцях не було освідомленості, як розширювати та удосконалювати лікпрофмережу й взагалі щодо організації здоровохорони — **оголошено догану.**

2. **Тов. Свердловій** — кол. лікпрофінспектору Сталінськ. округи й т. **Захеру** — кол. лікпрофінспектору Луганської округи за недостатнє керівництво та інструктування периферії, за припущення кепського стану організації першої допомоги по копальнях (недостатність медпунктів, брак аптечок, ношів та інш.) — **оголошено догану.**

3. Колишнім окрсанінспекторам Сталінщини й Луганщини **т.т. Біляєву та Струкову** за відсутність належного керівництва районами, за непритягування госпорганів до матер. участи в санітарно-епідем. справі — **оголошено догану.**

4. Колишньому інспекторові ОХМД на Луганщині **т. Борман** за те, що не вжила вона належних заходів, що розгорнути мережу дитустанов, за те, що не притягувала вона госп. органів до матеріяльної участи в цій справі — **оголошено догану.**

5. Санлікареві Чистяківського району **тов. Ґончарову** за вельми антисанітарний стан району, зокрема гуртожитків та їдалень, за кепську організацію сандогляду та інш — **оголошено сувору догану.**

6. Санлікаря Дмитрівського району **т. Турченка**, що не має авторитету в районі, що не вживав заходів до налагодження санепідроботи в районі (цієї роботи майже немає) — **з роботи знімається.**

Колеґія НКОЗ звернулася до ВУК'у Спілки МСТруд з проханням посилити проф. керівництво в згаданих районах.

Райздоровінспекторів цих районів попереджено, що пропозиції Колеґії на доповідь бриґади вони мусять виконати протягом трьох місяців, після чого буде перевірено стан роботи.

Зважаючи на те, що РЗІ перебувають на роботі недовгий час, а також, що від ОЗІ вони не отримали будь-яких вказівок, — оргвисновків до них вирішено не вживати.

5. Стан забезпечення сільських меддільниць транспортом

Зведення матеріялів у цій справі, що заслухала колеґія НКОЗ, свідчить про таке:

1. За матеріялами, що стосуються 285 районів із 1337 дільницями, лише 435 дільниць (32,6%) мають транспорт — здебільшого одну коняку. По суто сільських місцевостях згаданий відсоток зменшується аж до 25,4%.

2. Проте, й за таких часто скромних кількісних даних цей невеличкий транспорт часто використовують на сторонні для медсанроботи потреби (господарчі, наприклад).

Трапляється частенько й так, що з транспорту користує водночас медсанітарна адміністрація (РЗІ, санлікар) і деякі районні медустанови, через що роля цього транспорту щодо обслуговування тяжко хворих удома надто незначна.

3. Були й такі випадки, коли асиґновані на придбання транспорту кошти використовувалися не за призначенням, або придбаний уже транспорт відбирали на інші потреби.

4. Незалежно від кількісної незначности транспорту він здебільшого ще невисокої якости, його не забезпечують фуражом тощо.

Тимчасом справу обов'язкового забезпечення меддільниць транспортом давно вже передбачив Уряд у своїх постановах з 25-IV-29 р. та 3-IV-30 р.

Довелося й Наркомздоров'ю багато разів обговорювати цю справу й складати місцям категоричні вимоги щодо повного виконання згаданих директив Уряду.

Звичайно, такий стан не дає будь-якої змоги ставити на належну височінь надання меддопомоги на селі, стаючи особливо загрозливим на час запровадження великих сільських робіт (засіви, жнива), коли потреба транспортування хорих випирається на перший пляи. НКЗдоров'я склав у цій справі райвиконкомам і міськрадам відповідні категоричні вимоги щодо забезпечення транспортом медичних установи на селі.

6. Про роботу міжрайонних санітарних станцій

(в мед. сан. секторі НКОЗУ)

Міжрайонні санітарні станції в Харкові та Луганськом уже розпочали свою роботу, обслуговуючи райони колишніх відповідних округ.

Робота станцій поки що неоднакова й тоді, як Харківська відразу взяла належний напрямок, практично обслуговуючи свої райони протиепідемічною та санітарною роботою.

Луганська станція не спромоглася встановити потрібного зв'язку з районами, працює поки що кабінетно, без належних результатів. Щодо Сталінської станції, то вона не виконала директив НКОЗ, перебуває в стадії організаційного періоду. Ясно, що райони впливу та роботи станції ще не почувають.

Такий незадовільний стан роботи станцій вимагає, як це відмічено на секторній нараді з участю місцевих робітників, щоб міцні санустанови підсилили роботу своїм постійним керівництвом.

Оповіщення всіх підлеглих станціям районів про існування станцій, їхні функції, обов'язки та роботу — річ безперечно першочергова. Далі, поряд загального плянового запровадження роботи останню не треба обмежувати райцентром, де міститься станція, а проводити часті виїзди на місця, даючи в цьому перевагу найслабшим районам.

Оці виїзди сприятимуть справі спонукування РВК'ів і РЗІ до здійснювання заходів санітарного оздоровлення залюднених пунктів, житлів, громадських приміщень і всієї людности.

За першочергові завдання править таке:

а) догляд їдалень і гуртожитків;

б) обслідування та локалізація випадків епідемічних захворувань.

7. Про розподіл дезинфекційних камер

Наркомздоров'я довідався, що частину дезкамер, які виготовляє Маріупільський завод розподіляється без відому НКОЗ УСРР. Були випадки, коли окремі міста РСФРР самі закуповували дезкамери на місці, не повідомляючи про це НКОЗ.

Отже, НКОЗ УСРР підкреслює, що саме він і надалі має проводити розподіл дезкамер, чому місцям належить подавати заявки про потребу в камерах до НКОЗ.

Через те, що виготовленню належної кількости дезкамер і загальному розширенню цієї роботи перешкоджає брак деяких матеріялів, НКОЗ зняв у відповідних органах клопотання, щоб Маріупільському заводові ці матеріяли було постачано.

8. Нарада директорів наукових інститутів Наркомздоров'я УСРР

Ця нарада відбулася 27-31 серпня 1930 року. У нараді брали участь керівники та наукові робітники всіх інститутів НКОЗУ.

Вважаємо за потрібне навести тут резолюції на основні доповіді, що були на нараді.

І. На доповідь „Аналіза п'ятирічних плянів наукових інститутів НКОЗ УСРР" (доп. **тов. Ліфшіц Я. І.**) та співдоповідь „Про п'ятирічний плян наукової роботи інститутів патології та гігієни праці" (**проф. Каган Е. М.**), а також доповідь „Про контрольні цифри асиґнувань по лінії науки на 1930-31 рік" (допов. **тов. Каган Д. С.**).

Нарада директорів наукових інститутів Наркомздоров'я УСРР цілком і повнотою так щодо принципової, як і директивної частини ухвалює тези доповіді для керівництва сектора науки НКОЗУ і директорів усіх наукових інститутів.

Поруч цього нарада вважає за потрібне таке:

1) Доручити Секторові Науки Наркомздоров'я внести до тематики 5-річного пляну по окремих інститутах деякі зміни й доповнення на основі матеріялів засідань окремих груп інститутів.

2) Зважаючи на те, що 1930-31 рік є переломним в житті інститутів у зв'язку з районуванням, з потребою посилювати методичне керівництво периферією, з утворенням бюра винахідництва, масових університетів при інститутах, зважаючи також на те, що збільшуються запити до виробничої наукової та науково-практичної діяльности інститутів в цілому, а подруге — на те, що приміщення інститутів не відповідають вимогам до них, інвентар вже зношений, в обладнанні різко бракує багатьох дефіцитних прилад (через що поточний рік виявлятиме чимало труднощів для розгортання достатньої наукової роботи інститутів, нарада вважає на потрібне:

а) щоб підвищити ефективність наукової роботи та цільових витрачань коштів, що на неї асиґнується, звільнити ін-ти від витрат на суто-практичні установи (амбулаторії, стаціонари, виробництво вакцин, тощо), передавши витрачання коштів на ці потреби іншим фондам органів охорони здоров'я з тим, щоб кошти, що в зв'язку з цим стають вільні, пішли повністю на покриття наукових потреб інститутів;

б) беручи на увагу завдання Наркомздоров'я посилити методичне керівництво та контролю роботи практичних установ охорони здоров'я на периферії, щоб піднести якість медичних установ, а це, в зв'язку з районуванням, вимагатиме значних витрат, нарада вважає за потрібне, щоб було асиґновано додаткові кошти наукових інститутів на потреби науково-консультаційних робіт коштом інших оперативних секторів.

3) Через те, що ряд інститутів, особливо обласних, мають суто-невідкладні потреби, які треба обов'язково задовольнити 1930 — 1931 року, та що не передбачено в кошторисах Наркомздоров'я, — нарада вважає за можливе:

а) відкласти термін утворення окремих нових інститутів до 1931-32 р.;

б) до деякої міри скоротити асиґнування на будівництво по тих інститутах, в яких передбачається асиґнування значних коштів, щоб цим задовольнити нагальні потреби будівництва решти інститутів, та щоб суми будівництва, які тепер скорочується, було відшкоджено відповідним збільшенням сум на будівництво 1931-32 року.

Нарада доручає секторові Науки Наркомздоров'я, на основі цих загальних положень, найближчими днями переглянути плян розподілу сум на 1930-31 рік (плян в основному нарада ухвалила — Ред.), зробити в цьому потрібні зміни, беручи на увагу матеріяли комісії по групах інститутів.

II. На доповідь „Діяльність наукових інститутів НКОЗУ на час районування" (доповідачі т. т: **Повірений та Шапиро**).

Всеукраїнська Нарада директорів інститутів вважає за цілком правильну та своєчасну поставлену Наркомздоров'ям перед всіма інститутами завдання налагодження систематичного наукового керівництва роботою периферійної мережі медично-санітарних установ.

Ось чому, ухвалюючи тези на доповіді, нарада вважає за потрібне відмітити таке:

1) Керівництво інститутів не повинно в будь-якій мірі підмінювати, ані зменшувати керівництва від органів охорони здоров'я в галузі плянування та організаційної роботи.

До завдань інститутів належить — допомагати органам охорони здоров'я в галузі плянування розробкою науково-обґрунтованих норм і покажчиків медично-санітарного будівництва, а в галузі організаційної роботи — науковою консультацією.

2) Наукове керівництво периферійною мережею мусить стати обов'язковим так для інститутів, як і для периферії, про що останню Наркомздоров'я мусить повідомити.

3) Наукове керівництво периферійною мережею повинно складатися з трьох основних елементів:

а) активного керівництва, б) контроля здійснення провідних вказівок, в) консультаційної допомоги.

4) Щоб здійснити таке керівництво, в інститутах утворюється спеціяльний відділ наукової консультації та керівництва, що плянує, орґанізує, об'єднує, спрямовує та вивчає результати наукового керівництва інститутів.

5) Наукове керівництво та контроль роботи периферійної мережі треба покласти в інститутах на основні кадри наукових робітників, що вимагає відповідного збільшення штатів та вкомплектування їх спеціяльно-підібраними робітниками, так у центрі, як і з периферії. Воно вимагає також спеціяльних асиґнувань на здійснення живого науково-медичного керівництва.

6) Нарада вважає за доцільне та правильне утворення філій інститутів на периферії, щоб цим розвивати науково-вислідувальну роботу, втягувати в неї периферійних робітників, використовувати матеріяли периферії та наближувати до неї наукове керівництво.

Наркомздоров'я треба встановити для кожного інституту його периферійні філії, забезпечивши їх відповідними дотаціями в кошторисах інститутів та вкомплектувавши потрібними кадрами кваліфікованих робітників.

7) Зважаючи на те, що ліквідація округ позбавляє установи на селі безпосереднього керівництва від окружних спеціяльних кваліфікованих установ, (диспансерів, санбаклябораторій), питання організації систематичного й належного керівництва від інститутів периферійною мережею набуває особливої актуальности та важливости.

Ось чому нарада вважає за потрібне, щоб Наркомздоров'я домагався додаткових асиґнувань за держбюджетом на організацію керівництва периферійною мережею в зв'язку з районуванням, зміцнивши коштом цих асиґнувань бюджети інститутів.

8) Беручи на увагу, що розширюються та ускладнюються завдання інститутів, що зростають їхні філії та допоміжні установи. Нарада вважає за потрібне, щоб до штатів інститутів було введено посаду вченого секретаря.

9. Додаткові грошові засоби на збільшення мережі дитячих садків

Сектор соцстраху НКПраці УСРР, погодивши справу з колеґією НКЗдоров'я, НКО та ВУРПС, розасиґнував місцям 275.000 карб., що призначаються на організацію додаткових до існуючої мережі дит. садків. Цим мають забезпечити дітей жіноцтва, що дедалі все більше втягується у виробництво.

Гроші видає місцевий орган соціяльного страхування, а орган наросвіти має негайно розпочати розгортання нових установ.

НКОЗУ категорично запропонував усім РЗІ не припускати витрачання згаданих коштів, а також коштів призначених на розгортання додаткової мережі ясел, на інші потреби.

10. На розширення мережі ясел та молочних кухонь для дітей

За найближчою участю Наркомздоров'я недавно розподілено кошти, що асиґнував Головсоцстрах на розширення мережі дитячих ясел та молочних кухонь.

Разом розасиґновано на розширення ясел 575.000 карб., а на молочні кухні 170.000 крб. Ці кошти розподіляються в такий спосіб, що переважну частину їх віддається дитячим яслам та молочним кухням районів Донбасу та промислових місцевостей (Сталіне, Макіївка. Чистяківка, Луганське, Горлівка, Криндачівка, Константинівка, Рикова, Сніжнянка). Яслам та молочним кухням Дніпрельстану, де останнім часом було знайдено значний занепад роботи, приділено понад 30.000 крб. Деяку частину коштів, а саме: 88.000 на ясла та 30.000 на молочні кухні, дається містам: Києву, Одесі та Харкову (переважну частину останньому).

11. Подяка лікареві тов. Ентину

Підчас маневрів по ПВО в м, Дніпропетровському констатовано низку досягнень у справі організації медично-санітарної служби на заводі „Комінтерн".

Наркомздоров'я УСРР тов. Канторовіч відзначив у наказі, що згадані успіхи є наслідком ініціятиви, енерґії та щирого зацікавлення, що виявив до справи ПВО заводський лікар тов. Ентин.

За наказом тов. Ентинові висловлено подяку.

Хроніка

1. У Наркомздоров'і РСФРР

Санітарний мінімум

Матеріяли, що дістав НКОЗ з декількох країн РСФРР (Північн. Кавказ, Середньо-Волзький край, Західня область, тощо) доводять, що справі запровадження санмінімуму, особливо щодо втягування суспільности в цю справу, приділяють надто мало уваги, роботу провадять покищо формально, кабінетним порядком. Цей недолік саме вадить організувати активність робітництва, що дедалі все зростає.

НКОЗ видає тепер (через Держвидав) низку популярних брошур, відповідні плякати, листівки.

На зменшення нестачі лікарів

Щоб частково задовольнити вимоги східньо-сибірського краю на лікарів (подекуди некомплект сягає 50%) вирішено один випуск лікарів Іркутського медінституту надати в розпорядження крайздороввідділа Східнього Сибіру, а частину Далекому Сходові.

Про єдиний диспансер і втілювання диспансерних метод медобслуговування

Останні ніодомості доводять, що розвинення диспансерної справи посувається надто повільно, їй доводиться пробивати собі шлях через консерватизм та інертність лікарської маси та багатьох робітників апарату медсанустанов,

Наркомздоров'я складає тепер, як додаток до контр. чисел на 1931 р, тверду кількісну розверстку на заснування установ єдиного диспансеру (або перехід на такий) на підставі наявних відомостей про міцність лікпрофмережі.

Орієнтовно намічено на кожного лікаря дільниці (на рік) 100—150 осіб, що їх диспансерізується (по амбуляторіях і поліклініках, що перейшли на диспансерні методи), а для дільничного лікаря єдиного диспансеру норму збільшується до 200—250 ч. на рік.

Обслуговування поширюється, насамперед саме лінією охоплення промислових робітників, переважно небезпечних і шкідливих цехів. Залежно від роду захворування (компенсація, субкомпенсація) передбачено три основні форми обслуговування: І) диспансерна контроля, 2) диспансерний догляд і 3) диспансерна обробка.

Перша форма контролі (за компенсації) полягає в тім, що диспансеризованого, крім огляду та взяття на облік, двічі на рік освідують.

Друга форма—диспансерний догляд (за субкомпенсації)—це коли потрібно докладно обслідувати хворого, притягуючи відповідних фахівців, забезпечувати діягностичні настановлення (ретген, ляботаторія), обслідувати умови побуту через сестру соц. допомоги; за цих умов потрібний вже нагляд лікаря декілька разів на рік і, опріч цього, низка профілактичних заходів соц. допомоги (квартира, перевід на іншу роботу, допомога фондів КОПШ'у тощо).

Третя форма—диспансерна обробка—найрозвиненіша форма обсуговування, за якою хворий потребує, крім вищезазначеного, ще й надання соціяльно-профілактичних ресурсів—ліжка, в буд відпочинку, фізіотерапії, дієтетичного харчування та інш:, щоб забезпечити найкращий облік, за наказом НКОЗ для диспансеризованих введено окрему картотеку.

Всесоюзний з'їзд санітарних лікарів та епідеміологів

З'їзд скликається в кінці першого кварталу 1931 року.

Передбачено утворити, як основні секції: санітарну, епідеміологічну та харчову. Про точну дату, місце і програм з'їзду буде повідомлено. З'їзд загострюватиме свою увагу, на ось яких питаннях боротьба за санітарний мінімум, боротьба з епідеміями, за краще медично-санітарне обслуговування.

Про роботу пунктів першої допомоги

Наркомздоров'я РСФРР ще раз висловився за те, що пункти першої допомоги, що по підприємствах, повинні стати справжніми низовими осередками системи єдиного диспансеру. Отже, реорганізація в такий саме спосіб і розвинення пунктів першої допомоги, мусить стати ударною роботою здоровоохорончих органів.

НКОЗ відрядив тепер до Пролетарського, Замоскворіцького районів бригади наукових робітників інститутів, а також молодих лікарів, що мають провести широку роботу щодо вивчення захорувальності робітників. Матеріяли цієї обслідувальної експедиції провадитимуть за основу наступної реорганізації пунктів першої допомоги.

Найближчі завдання в галузі охорони материнства й дитинства

Колегія НКОЗ відзначила, що в діяльності наукових інститутів, зокрема в ін-ті ОХМД ще й досі бракує належного наближення роботи до сучасних вимог життя й реконструктивного періоду (запровадження санмінімуму, вивчення організації охорони здоров'я в районах, профзахорувань тощо).

У зв'язку з великим втягуванням жіночої робсили в промисловість НКОЗ ухвалив між іншим такі контрольні цифри щодо забезпечення дітей робітниць ясельною допомогою.

Щоб охопити яслами дітей робітниць промпідприємств I групи на 50% II на 25% (як мінімум), контрольні цифри передбачають понад спершу запроєктованих 93600 ясельних місць ще 97000. Взявши за основу обіг ясельного ліжка за 1,3 виходить, що для одержання цих 97000 місць (себто, щоб провести стільки саме дітей), треба розгорнути додатково 75000 ясельн. ліжок. Для часткового здійснення цього НКОЗ зняв клопотання перед РНК, щоб Центрожитлоспілка виділила по будівельних та орендних житлокоопах місця на 22000 ліжка.

Друге клопотання перед РНК стосується надання на ясельні ліжка 10% всієї звільнюваної площі по житлокооперативах, а також зобов'язування останніх, виділяючи певну площу для ясел, провадити на потрібні випадки належні для переселення пожильців.

За умови здешевленого ясельного будівництва пересічна вартість одного ліжка з обладанням, підготовкою персонала становитеме 1100 карб.

НКОЗ зняв клопотання перед РНК, щоб будівельні матеріяли для спорудження ясел відпускалося нарівні з робітничим житлобудівництвом.

На забезпечення наступної величезної мережі ясел медперсоналом намічено таке: з випуску 193 р. виділяється 400 лікарів, яких на час, що залишився до випуску, прикомандировується до інститутів і базових установ для виробничої практики.

Потрібний середній медперсонал (16500 чол.) дадуть ряд короткотермінових курсів з таким розрахунком, щоб перший випуск вже мав змогу обслужити відкривані ясла першої черги (потім тривалість курсів буде здовжено до 6 міс.).

2. До наступного першого Всесоюзного онкологічного з'їзду

29 січня 1931 року в Харкові відбудеться перший Всеукраїнський Онкологічний (раковий) з'їзд.

Ще в березні міс. 1930 року з ініціятиви Наркомздоров'я РСФРР відбулася нарада організаційного комітету по скликанню цих з'їздів.

Зазначені наради утворили постійний організаційний комітет в складі 40 осіб.

Організаційний комітет взяв за основу скликання з'їздів такі засади:

1. Внести найсуворішу пляновість в організацію всього з'їзду.
2. Зосередити увагу з'їздів на загальних онкологічних проблемах.
3. Не припускати доповідей, що мають казуїстичний характер.
4. Прагнути того, щоб з'їзд дав основне теоретичне та практичне настановлення для наукової та практичної роботи в галузі вивчення та боротьби зі злоякісними новоутвореннями.
5. Висвітлення питання про злоякісні новоутворення, як про соціяльні захорування.

Отже, найголовніші доповіді стосуватимуться таких галузей:

1. Державна та громадська боротьба із злоякісними новоутвореннями, статистика та профілактика (Доп. Наркомздоров'я—т. Канторович, лікарі: Розанов, Революцький, Афанасьєв Хесін, Міланов, Верткін, проф. Биховський та інш.).

2. Етіологія та патогенез злоякісних новоутворень. (Доп. проф. Богомолець, Анічков Невідомський, Абрикосов, Кронтовський та інш.)

3. Діягностика злоякісних новоутворень (Доп Шор, проф Віленський, проф. Мельніков, лікарі: Стечкін, Гінзбург, Колесніков, проф. Хармандар'ян та інш.).

4. Терапія злоякісних новоутворень. (Доп. проф. проф. Петров, Герцен, Харшак, Ліфшиц. лікарі: Вішневський, Варшавський та інш.)

На з'їзді буде утворено виставку, а також демонструватимуться хворі на злоякісні новоутворення.

Оргбюро вживає заходів, щоб забезпечити безплатним проїздом усіх делеґатів, що повертатимуться зі з'їзду, а також, щоб делеґатів з'їзду було повністю забезпечено помешканням для житла, харчуванням та безплатним переїздом в межах міста.

Надаючи першому Всесоюзному Онкологічному з'їздові величезне значіння і, вважаючи, що провести його можливо буде лише за активною допомогою від широких лікарських мас наукових, професійних та громадських організацій — Наркомздоров'я УСРР та РСФРР звернулись до місцевих організацій Наркомздоров'я з пропозицією організувати у великих містах місцеві організаційні комітеті сприяння цьому з'їздові.

3. Про скликання першого Всеукраїнського з'їзду рентґенологів та радіологів

Перший Всеукраїнський з'їзд ретґенологів та радіологів скликається в м. Харкові й відбуватиметься з 2-5 лютого-1931 р.

Перший день з'їзду буде проведено спільно із Всесоюзним онкологічним з'їздом, що саме на цей час має закінчитись.

Програмні теми та розподіл з'їзду намічені такі:

3-го лютого—єдина методика рентґентерапії злоякісних новоутворень.

1) Уразу
2) Грудної залози
3) Шкіри
4) Лімфатичної системи.

4-го лютого — Профзахорування в рентґенівському освітленні;

а) профзахорування легень (коніоз. сидероз і силікоз),
б) серце вантажників в рентґеноосвітленні.
в) Професійні захорування кістково-суглобної системи (травматизм і артрози).

5-го лютого (з ранку): Єдина методика поверхової рентґенотерапії.

2-а половина дня - П'ятирічний плян розвитку рентґен. мережі.

Кількість доповідей поки що обмежено 30-ю.

Адреса оргбюра з'їзду така: Харкі, Пушкінська—53, Всеукраїнський Державний Рентґенорадіологічний Інститут.

Секретар оргбюра по скликанню з'їзда—д-р А. Ломберг.

4. Ще про порядок придбання курортових місць колишнім червоним партизанам

Через те, що з місць надходить багато запитань про порядок надання санаторно курортового лікування колишнім червоним партизанам, лікувально-профілактична група медсансектору НКОЗУ дає таке пояснення:

Місця в санаторіях та на курортах закуповують РВК'и з коштів місцевого бюджету (за кошторисом на потреби охорони здоров'я). Кандидати із числа червоних партизан проходять через районну відбірочну комісію, яку призначає райздоровінспектор. Остаточно кандидатури погоджуються по лінії военного відомства секції соцзабезу та РайКНС.

V. Об'яви та оголошення

1. Про тих, що свавільно кинули свою роботу

Оголошуючи тут список дезертирів—медробітників, що свавільно кинули свою роботу, НКОЗ'у пропонує всім органам охорони здоров'я повідомити його про місце перебування перелічених тут осіб і не надавати їм роботи.

№№	Прізвище та фах	В якому районі працював	Примітка
1.	Сігал В. Н. (тарапевт)	Словечанський р-н	
2.	Дубовський Микола Васильович (ентомолог)	Ляборaторія Есхару Чугуївськ. р-ну	Виїхав до Харкова
3.	Батьківська З. Д. (акуш.)	Васильківськ. р-н. Дмитрієвська лікарня	Виїхала до Дніпропетровського
4.	Лященко Віра В. (акуш.)	Ново-Васильківська амб. Бердянської міськради	
5.	Коляда Т. К. (лікпом)	Дмітриевська м-р. Зуєвська амб. (Сталінщина	
6.	Резнікова Г. Ю. (ОХМ)	Зав. консультації с. Макошине Менського р-ну	
7.	Семенова Клавдія Миколаївна (ляборант)	Н-Українськ. р-н	вип. 1929 р.
8.	Бограцовська (зублік.)	Томашівська амб. Фастівськ. р-ну	
9.	Курзун А. І. (зав. амбул.)	Шахта № 6 Соленая (Чистяково)	Виїхала до Дніпропетровська
10.	Рабінович Софія Ароновна (ОХМ)	Зав. Консульт. Пулінського р-ну	
11.	Горбач Надія Михайловна	Зінов'ївська амб.	Виїх. до Маріупільського р-ну
12.	Мирська А. І. (зублікар)	Мокро - Калигирська лік. Шполянськ. р-ну	
13.	Гольденберг К. А. (ОХМ)	Лепетихськ. р-н	Виїх. до Одеси
14.	Соколова Катерина Михайловна (маляріолог)	Артемівська малярійна станція	Виїх. до ст. Лиман Октябрськ. зал.
15.	Разінков (лікпом)	Буденівська поліклініка (Сталіно)	
16.	Морозова Е. П. (фармацевт)	м. Зміїв.	
17.	Попов А. М. „	Ново-Слов'янська аптека	
18.	Чернов Михайло Хведорович (окуліст)	Катеринославська лікарня був. Сталінськ. окр.	
19.	Зверич (лікар)	Кадіївська поліклініка	

№№	Прізвище та фах	В якому районі працював	Примітка
20.	Рагуліна (інструктор ОХМІ)	Лиманський р-н	Закінч. школу ОХМД і відмовилася від призначення
21.	Музиков В. А. (ляринґолог)	Ровенецький р-н поліклініка	
22.	Соболь Розалія Юр'євна (акуш).	Чемеровецький райлік.	
23.	Каган Василь Назарович (роз'їздний лікар)	Попаснянський р-н	Прибув до Попаснянського р-ну з Екатеринополя б. Київс. окр.
24.	Безглазов (Зав. амб.)	Оратівськ. р-н Медівська амб.	
25.	Руденко Марія Васильовна (патронажна сестра)	Печенізьк. р-н	
26.	Котова П. Ф. (ОХМ)	Попаснянськ. р-н Нижнянська дитконсульт.	Є відомості, що перебуває на терені був. Київськ. округи
27.	Липницька Р. (зублікар)	Городницький р-н. Курчицька амб.	
28.	Райлян Василь Іванович (лікпом)	Гросулівський р-н Мар'янівська амб.	
29.	Сватенко Марія (віспощепій)	Печенізький р-н	
30.	Петелюк Зінаїда (сестра жалібниця)	Охтирський р-н (кол. Харк. окр.)	
31.	Лугова Ганна Олександр. (акушерка)	Охтирський р-н (кол. Харківськ. окр.)	
32.	Черке А. І. (сестра)	—	
33.	Тарнапольський Б. В. (лікар лікарні)	Верхнє-Дніпровськ. р-н	
34	Николаєвська Ф. (фармац.)	Зінов'ївськ 4 Держапт.	
35	Аксельрод (фармацевт)	„ 2 держапт.	
36	Сидоренко О. С. (фармац.)	—	Закінчила Харк. фарм. ін-т в 30 р. Взяти призначення відмовилась і працювала в і-ті прикладної хемії, де з роботи її знято, але до НКОЗ вона не прибула

2. Виключаються із списка дезертирів

Лікар Ледер Д. Л., про якого з'ясовано неправдивість першого повідомлення, ніби він залишив роботу.

б) Лікарка Заволока О. Е., бо за довідкою Костянтинівського РЗІ, згадана товаришка залишила роботу в районі, погодивши справу з відповідними установами.

3. Конкурси

А. Українська курортова Управа оголошує конкурс по набору 24 інтернів на українські курорти—Одеса, Слав'янск, Бердянськ, Миргород, Гопри, Соснівка.

Умови конкурсу: до інтернатури приймаються лікарі, що мають не менш, як 3 річний периферичний стаж. Термін проходження інтернатури два роки. Протягом зимового періоду інтерни проходять курс кваліфікації по курортології за відповідною спеціяльністю — по терапії, невропатології, хірургії—у Харкові або Одесі; протягом літнього сезону практичні заняття на українських курортах. За два роки інтернатури, інтерни зобов'язані прослужити на українських курортах на лікарських посадах за вказівкою Укркурупру — 3 роки.

Оклад — 100 крб. на місяць та безгрошове помешкання влітку на курорті, а взимку інтерни одержують додатково 25 крб. на місяць на квартиру.

При подачі заяви треба додати:

1) життєописання,
2) копію диплому,
3) відношення до військового обов'язання.
4) рекомендація здороввідділу та профспілки,
5) підписку про зобов'язання відслужити 3 роки за два роки інтернатури.

Останній термін подачі заяв — 10 лютого 1931 р. Заяви подаються до Укркурупру, Харків, Горяїнівський пр. № 4.

5. Харківський Медичний Інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:

1. Одного штатного ляборанта очної клініки:
2. Одного штатного ляборанта катедри соціяльної гігієни.

Термін конкурсу — до 1 лютого 1931 р.

Заяви про бажання взяти участь в конкурсі треба надсилати до мед. - Інституту вул. К. Лібкнехта 41.

До заяви треба додати короткий життєпис, наукові роботи, відповідні документи про службу та громадську роботу.

В. Секція здоровохорони Дніпропетровської міськради оголошує конкурс на зміщення таких посад:

1. Головлікаря Кам'янське-роб. лікарні та завідателя хірургічного відділу (м. Кам'янсько-робочий рай н з населенням до 60 тисяч) залізнична станція Кам'янське-Запоріжжя та пароплавна пристань Кам'янське на Дніпрі 40 вер. від Дніпропетровська.

 Умови: Зарплатня 250 крб. на м-ць та квартира.

2. Зав Кам'янської роб. поликліники.

 Умови — за згодою.

3. На посаду завідателя медчастини міськрадлікарні на 600 ліжок м. Дніпропетровське. Від кандидата вимагається адмін. та практичний стаж, зарплатня — 200 крб на м-ць. квартира, паливо та освітлення.
4. Зав. Кодацького вендиспансеру (м. Дніпропетровське) Зарплатня — 175 крб.
5. Зав. Кам'янського вендиспансеру (м. Кам'янське) Зарплатня — 175 крб. на місяць.

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, подають заяви з відповідними копіями документів про службу та стаж до секції здоровохорони міськради (м. Дніпропетровське, Польова ч. 2 помешкання міськради).

Останній термін подачі заяв — 30 січня 1931 р.

Перевірено 1948 р.

Відповід. редактор С. І. Канторович.

Укрполіграфоб'єднання. Третя Друк. ім. Фрунзе, Харків, Донець-Захарж., 6. Укрголовліт. 5-жб Зам. 2448. Прим. 3.900